



Universidad Autónoma de Madrid

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Cirugía

**CONDUCTA SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS
INSTITUCIONALIZADOS EN LA PROVINCIA DE ALBACETE**

ENRIQUE ARJONA LABORDA

Tesis Doctoral

Madrid, 2007

Directores:

**Dr. Pedro Tárraga López
Prof. José Antonio Rodríguez Montes
Dr. Juan Solera Albero**

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Dr. José Antonio Rodríguez Montes, por su afecto y codirigirme esta Tesis Doctoral.

Al Dr. Pedro Juan Tárraga López., por codirigirme esta Tesis Doctoral, por su amistad, afecto e inestimable ayuda.

Al Dr. Juan Solera Alberó, por su buena amistad y codirigirme esta tesis.

A los colegas D. José Miguel Ocaña López y D. Miguel Cerdán Oliver, por su ayuda en los resultados de las encuestas.

A D. Tomás Soler López, D. Ángel Celada Rodríguez y D. Mateo Amando López Cara, Médicos de Atención Primaria, compañeros y amigos.

Al Dr. Jesús López-Torres Hidalgo, Coordinador de Formación Continuada del SESCAM, amigo y compañero, por orientarme en el título, organización y modo de desarrollar este trabajo.

Al Dr. Julio Antonio Virseda Rodríguez, por sus interesantes aportaciones en temas sociales e históricos.

Al Dr. Luis Córcoles Rodríguez, psiquiatra, por sus valiosas aportaciones al tema de Depresión y Ansiedad en ancianos.

A M^a Llanos Merín García- Ochoa, por su inestimable ayuda en la laboriosa tarea mecanográfica, búsqueda bibliográfica y trabajo de campo.

A D. José Ramón García Sepúlveda, por llevar todo el peso informático durante muchos meses.

A D^a. Sonia Rodríguez Rodríguez. Profesora de Inglés, por sus traducciones.

A D. José Aznar, informático. Por el análisis estadístico.

A la Dirección Provincial del IMSERSO y al Instituto Nacional de Estadística (INE) de Albacete, por su colaboración en facilitar los datos del Censo Poblacional y Estudios Epidemiológicos.

A todas las Instituciones y Residencias de la provincia de Albacete que han permitido la realización de las encuestas.

DEDICATORIA.

A mis padres, José y Amalia, por su constante ánimo, motivación y sacrificio.
A mis hermanos José y Mari. Y cómo no, a Mari Llanos, luchadora infatigable
y siempre a mi lado en todos los momentos.

“Cuando era joven, el simple hecho de rozar con mi mano la pierna de mi mujer me hacía vibrar y sublimarme; hoy después de muchos años no remece mi imaginación ni mis sentidos, pero si mi mujer perdiese su pierna es como si la hubiese perdido yo”

(Miguel de Unamuno)

INDICE

I.- INTRODUCCION	4
1.- Envejecimiento.....	5
1.1. Concepto. Teorías del envejecimiento.....	5
1.2. Recuerdo anatómico y fisiológico del aparato genital masculino y femenino.....	13
1.3. Fisiología del envejecimiento. Cambios anatómicos y fisiológicos.....	17
1.4. Factores sociales que afectan al comportamiento e intereses sexuales	21
2.- Historia de la Sexualidad	23
3.- Factores con influencia sobre la actividad sexual de los ancianos.....	28
3.1. Concepto, factores con influencia sobre la actividad de los ancianos y causas de disfunción sexual.....	28
3.2. Diagnóstico y valoración de la sexualidad en los ancianos	29
3.3. Factores psicosociales que condicionan la sexualidad en la vejez	30
3.4. La sexualidad masculina y el placer más allá de los sesenta, prevención, problemas y solución	32
3.5. Efectos de la patología médica en la sexualidad	34
3.6. Efectos de los fármacos sobre la sexualidad	36
3.7. Efectos de la cirugía sobre la sexualidad	39
3.8. Importancia de la dieta y del ejercicio físico en la actividad sexual.....	40
4.- Epidemiología del envejecimiento	42
4.1. Aspectos demográficos	42
4.2. Mortalidad	44
4.3. Causas de mortalidad en ancianos mayores de 65 años en España, Castilla-La Mancha y Albacete	45
4.4. Morbilidad	48
4.5. Esperanza de vida al nacer, en España, CLM y AB	50
5.- Anciano frágil.....	51
5.1. ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo?	51
5.2. Criterios de definición del anciano frágil	52
5.3. Financiación y coste para el anciano institucionalizado.....	54
6.- Principales síndromes geriátricos.....	55
7.- Asistencia Sanitaria a las Personas Mayores.....	56
7.1. Atención Geriátrica en otros Países.....	56
7.2. Situación en España y CLM	57
7.3. Valoraciones e intervenciones en las personas mayores. Niveles de intervención	60
7.4. Promoción de la Salud y Medicina Preventiva	60
7.5. Institucionalización de las personas mayores	66
7.6. Recursos consumidos	75
7.6.1. Viviendas en el medio rural y diferencias con instituciones más cerradas	77
7.6.2. Definición y clases de Residencias. Normativa legal.....	78

7.6.3. Características de personal que debe reunir una Residencia	80
8.- Calidad de Vida.....	82
9.- Aspectos más importantes de estudio e intervención en los ancianos	86
Institucionalizados	
9.1. Depresión y ansiedad dentro de la institución	86
9.2. Dependencia e independencia	90
9.3. Escalas más utilizadas en la valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).....	93
II.- OBJETIVOS	99
II.1. Objetivo principal	100
II.2. Objetivos secundarios	100
III.- METODOLOGIA	101
1.- Material	102
III.1.1. Marco demográfico.	102
III.1.1.1. Población de CLM. Población mayor de 65 años	102
III.1.1.2. Población de AB y Provincia. Población mayor de 65 años	105
2.- Método	105
2.1. Modelo de solicitud y cuestionario utilizado.....	109
IV.- RESULTADOS.....	127
V.- DISCUSIÓN.....	138
VI.- RESUMEN	150
VII.- CONCLUSIONES.....	157
RECOMENDACIONES FINALES	159
VIII.- BIBLIOGRAFIA.....	163

I.-INTRODUCCIÓN

1.- ENVEJECIMIENTO

1.1. CONCEPTO. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de la población constituye la transformación demográfica más importante de la sociedad actual. La mayor proporción de personas de edad avanzada en la comunidad supone un reto de extraordinarias consecuencias para satisfacer sus demandas sociales, sanitarias, económicas y culturales. Estos cambios demográficos, aunque universales, presentan una mayor importancia en los países industrializados occidentales, especialmente en los Estados Unidos de América, Canadá, Japón y, sobre todo, en Europa

En la actualidad, como consecuencia de una mejor calidad de vida de nuestros mayores, por unas mejores condiciones sociales y sanitarias, el índice de mortalidad ha descendido y la expectativa de vida se ha incrementado, lo que ha provocado un aumento real de la población anciana.

Desde 1948, la ONU viene manifestando su especial preocupación por el envejecimiento en el mundo, planteando la necesidad de proteger los derechos de los ancianos como principal garantía de su bienestar.⁽²⁾

En 1960, el 8% era > 65 años; en 1997 un 15'7%, cuando en 1960 sólo el 10% era mayor de 80 años, en 1990 representaba más del 17%.

La situación demográfica de España, hoy, es muy parecida a la de sus vecinos europeos: un bajo índice de natalidad, una esperanza de vida muy elevada y una presión de inmigrantes extranjeros que desean establecerse en el país. Como en los otros países de Europa, el envejecimiento de la población ocupa un o de los primeros puestos en el "ranking" de los problemas sociales actuales.⁽³⁾

En 1996, la población en España mayor de 60 años representaba una cifra de 7.454.287 personas, de las que 5.352.352 tenían más de 65 años.

En 1970, el 9,4% de la población española tenía 65 años ó más. En 1991 era del 13,2% y para el 2021 se espera que sea del 16,3%.

El descenso de la mortalidad es destacable. España es actualmente uno de los países de Europa con menor índice de mortalidad.

En España se ha pasado de 430.000 españoles mayores de 80 años a contar con alrededor de 3 millones, lo que significa que este grupo de población se habrá multiplicado más de siete veces.

En España, en 1971, la media de edad de las personas mayores que residían en instituciones se situaba alrededor de los 73 años. Diez años más tarde, esta media pasó a ser de 76 años. En 1994, la media de edad de las personas que residían en centros dependientes del INSERSO* era de 81,7 años.

TABLA. I EVOLUCIÓN EN LA OFERTA DE PLAZAS RESIDENCIALES EN ESPAÑA DESDE 1988 A 1994

Proyección hasta el año 2000

AÑO	POB. MAYOR DE 65	Nº DE PLAZAS	RATIO
1998	4.980.844	106.485	2,14
1994	5.761.769	163.338	2,83
2000	6.582.210	230.377	3.50

España se encuentra por debajo de la media, tanto de la Europa Comunitaria, como del entorno de los Países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), en cuanto a oferta de plazas residenciales.⁽⁴⁾

Uno de los objetivos de la medicina geriátrica es prevenir la pérdida de función a través de un tratamiento eficaz de las enfermedades que la generan. Los nuevos modos de enfermar que aparecieron a finales del siglo XX dominarán el siglo XXI, al haber cambiado profundamente el paradigma médico de enfermedad. Hasta hace poco tiempo el objetivo de la Medicina era la curación de enfermedades agudas tras un diagnóstico y tratamiento correctos, hoy la base de la Medicina moderna es la prevención de la incapacidad producida por la concurrencia de múltiples enfermedades crónicas sobre un mismo sujeto.

La transición demográfica que se ha producido a lo largo del siglo XX en los países desarrollados, ya prevista en 1798 por Thomas Malthus, ha producido un considerable aumento de la población anciana, tanto en términos absolutos como relativos. Este aumento de población anciana, especialmente marcado en el grupo de los mayores de 80 años, se ha acompañado, casi hasta el final del siglo pasado, de un aumento de la población con incapacidad, tendencia que empieza a invertirse en la última década del siglo XX, en la que por primera vez se observa una disminución en las tasas de incapacidad a pesar de mantenerse el envejecimiento poblacional. Nuestro país es ahora el séptimo más envejecido del mundo y se espera, si las tendencias demográficas no se modifican, que ocupará el primer puesto en el año 2050, según las predicciones de la OMS. El censo oficial de 1996 indicaba que en España 6.200.000 personas rebasaban los 65 años, estimándose un crecimiento de 2 millones de ancianos para los siguientes 30 años; una vez más ese incremento era más marcado entre los mayores de 85 años, que duplicaban su porcentaje durante dicho período de tiempo. Junto a este cambio en la estructura de la población, se ha producido una transición epidemiológica. Las enfermedades que antes eran agudas y mortales ahora han desaparecido o se han cronificado al disponer de tratamientos que evitan la muerte, de modo que la carga de enfermedad y de muerte se ha concentrado en la ancianidad. Así, el 80% de las muertes en nuestro país se dan en los mayores de 65 años.

La conclusión que de aquí podemos extraer es que la población anciana aumenta, que la que más aumenta es la más anciana, y que en ellos se centra la enfermedad crónica y su principal consecuencia: la pérdida de función.⁽⁶⁾

* Por Real decreto Ley 36/78 de 18 de noviembre de 1978 y posteriormente Real Decreto 1856/79 de 31 de agosto se pasó a denominarse IMSERSO (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales).⁽⁵⁾

Una de las primeras causas de la disminución progresiva de las funciones es la involución del sistema nervioso con reducción de la masa y volumen cerebral, así como de la población neuronal. Se estima que desde la edad adulta el número de neuronas que desaparece diariamente es de unas cien mil. Un sujeto de 80 años habría perdido aproximadamente el 20% de su población neuronal inicial.⁽⁷⁾

La pérdida de función es una consecuencia de la enfermedad crónica; el 85% de la incapacidad está producida por enfermedades crónicas, y el 87% de las muertes se dan en enfermedades crónicas, la mayoría de ellas incapacitantes. Esta forma singular de enfermar en Geriátrica, la pérdida de función, tiene connotaciones pronósticas e incluso puede ser el síntoma guía de prácticamente cualquier enfermedad, desde una tuberculosis hasta un Accidente Cerebrovascular Agudo (ACVA). En el *Cardiovascular Health Study* se demostró que la pérdida de función era un marcador más fiable de mortalidad a los tres años que los propios diagnósticos médicos. Además, la pérdida de función, cuando no es catastrófica (por ej., un ACVA, una fractura de cadera) sino que ocurre paulatinamente, se produce de forma jerarquizada. Es decir, primero se pierden las funciones más avanzadas y finalmente las más básicas. Este modo de perderse la función abre la posibilidad para una detección precoz y, en consecuencia, una intervención en los estadios iniciales del deterioro funcional. Además la precocidad en la intervención es decisiva, ya que cuanto más básica sea la función perdida, menores serán las probabilidades de recuperarla. Quizá deba aquí hacerse explícita la consecuencia necesaria del envejecimiento, pero sí un condicionante principal del deterioro de la calidad de vida y un factor de mal pronóstico de primera magnitud.

El problema más significativo del envejecimiento es la pérdida de autonomía que desemboca en la dependencia, la cual ha sido definida de forma precisa por el Consejo de Europa (1997): “Estado en que se encuentran las personas que por razón de su falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de ayuda o asistencia importante para la realización de la vida cotidiana”. Actualmente muchos países de Europa se hallan inmersos en un debate sobre la forma de financiar las necesidades que genera la dependencia.

La vejez es el resultado del envejecimiento y en ella, como es sabido, hay un acúmulo de años, experiencia, sabiduría y daños orgánicos. En los individuos el transcurso cronológico del tiempo va unido a un progresivo grado de senescencia o declive natural de las funciones fisiológicas, producido por la pérdida de los mecanismos de homeostasis (llamado también envejecimiento eugérico), y un grado variable de deterioro producido por las enfermedades padecidas durante la vida, llamado envejecimiento progérico o senilidad. Es posible diferenciar entre el envejecimiento usual o normal que aparece en la mayoría de las personas y es atribuido en gran parte al declive fisiológico; el envejecimiento patológico, donde la carga de las enfermedades hereditarias o adquiridas aceleran el deterioro, y el envejecimiento con éxito que alcanzan algunos centenarios, y que puede haberse visto propiciado por una carga genética favorable, la evitación de conductas de riesgo y otros determinantes es un objetivo de salud, individual y para la población, en que el envejecimiento se produciría con la máxima conservación de la salud y la evitación de la enfermedad, y transcurriría siempre por encima de los umbrales de la discapacidad para evitar entrar en una situación de dependencia.

El futuro será femenino cuando la expectativa de vida del varón en el 2020 será de 80 años y el de la mujer muy superior a los 90. Esto será especialmente evidente en países como Japón, donde la pirámide demográfica se invertirá, con más ancianos que niños y adolescentes menores de 14 años y a este ritmo vertiginoso, dentro de cinco décadas, uno de cada tres japoneses tendrá más de 65 años; y ello no sólo con la limitación de la natalidad -un trabajador por anciano o niño- sino una dieta de verduras, algas y pescados, dan la mayor longevidad, con más de cinco mil centenarios y una gran exportación de jubilados.⁽⁸⁾

La edad cronológica no siempre coincide con la edad funcional; a pesar de ello, la edad es el indicador habitual para expresar el envejecimiento. Kalache⁽⁹⁾ ha señalado que para el correcto enfoque de las intervenciones de salud es necesario percibir a los ancianos como un grupo con características específicas.

TABLA. II

Rasgos característicos de los ancianos como grupo
Específico:

- Heterogeneidad.
- Vulnerabilidad a la enfermedad y a la discapacidad.
- Frecuente presencia de múltiples enfermedades.
- Los problemas yatrógenos son comunes y a menudo pasan desapercibidos.
- Frecuente déficit social.
- Baja adaptabilidad a los cambios (sociales, ambientales y biológicos)
- Las intervenciones prematuras pueden precipitar la dependencia.
- Los estereotipos creados por la sociedad alimentan actitudes negativas hacia los mayores (por parte de la sociedad, los profesionales y los ancianos hacia si mismos).

De Kalache, 1996

En España, la población asocia el inicio de la vejez con la edad habitual de jubilación, los 65 años, en que se pasa a depender del sistema de pensiones. En las sociedades occidentales la mayoría de los individuos llega a la edad de jubilación en un buen estado de salud y con amplias capacidades funcionales; por ello no parece adecuado catalogarlos como ancianos, término que podría asignarse más adecuadamente a los que han cumplido los 75 años, edad en que es más común presentar discapacidades físicas, trastornos de la memoria y enfermedades. En este sentido, actualmente suele utilizarse la siguiente clasificación de las personas mayores según grupos de edad: ancianos jóvenes (los que tienen entre 65 y 75 años de edad); ancianos (entre 75 y 85 años de edad), y muy viejos o ancianos frágiles (más de 85 años) (AMA, 1990). Este último grupo, que para algunos se inicia a los 80 años, presenta una prevalencia muy elevada de enfermedades y discapacidades, y ejerce una gran sobrecarga en los sistemas sanitarios y sociales; por este motivo, es objeto de especial atención en los programas y planes de atención a la vejez.

De forma genérica, suele denominarse “personas mayores” o “tercera edad” a todo el conjunto de los que han cumplido los 65 años; se entiende por “cuarta edad” el grupo en que se ha establecido dependencia.

Actualmente la percepción de la sociedad respecto a la vejez es más positiva que hace unos años cuando, por ejemplo, Alexis Carrel escribía en 1935: “La longevidad sólo es de desear si se aumenta la duración de la juventud, pero no la de la vejez. Alargar la vejez sería una calamidad”. La evolución de los tiempos ha mostrado que el notable crecimiento de la expectativa de vida de los mayores no ha sido un drama, ya que por lo general se desarrolla con un aceptable nivel de salud y la población no teme llegar a la vejez. Sin embargo, los valores que priman en nuestro entorno, como el vigor físico juvenil y la utilidad o rendibilidad material, entre otros, hacen que la vejez tenga una escasa consideración y sea contemplada como un período de decadencia inevitable, una situación vital pasiva y una fuente de problemas, siendo los más preocupantes la enfermedad y la discapacidad.

De todas formas, es cada vez más común la visión positiva de la vejez como un extenso período abierto a una vida activa, en el que se efectúan importantes aportaciones a la familia y a la comunidad, y en el que los problemas pueden ser superados, pospuestos o aliviados. Como expresión de esta perspectiva positiva, dentro de la propuesta sobre “Envejecer de forma saludable”, la Oficina Europea de la OMS ha señalado el siguiente objetivo para el siglo XXI: “De ahora al año 2020, las personas mayores de 65 años de edad deberán tener la posibilidad de gozar de todo su potencial de salud y desempeñar un papel activo en la sociedad”

El objetivo fundamental de todos los planes sobre atención y servicios destinados a los ancianos es el mantenimiento de la autonomía, es decir, que puedan llevar una vida independiente en su hogar y comunidad. Este objetivo fue trasladado por la OMS en 1983 a seis cometidos aplicables a la atención diaria:⁽¹⁰⁾

- 1.- Prevenir la pérdida innecesaria de las capacidades funcionales.
- 2.- Mantener la calidad de vida mediante la prevención de los síntomas y problemas molestos.
- 3.- Prestar asistencia para que los ancianos puedan desenvolverse en su domicilio y evitar los ingresos innecesarios en centros residenciales.
- 4.- Evitar la ruptura de las redes informales de asistencia, en especial las familiares.
- 5.- Prevenir el declive de las capacidades funcionales y de la calidad de vida cuando sea indispensable el ingreso en un centro de larga estancia.
- 6.- Evitar la iatrogenia.

Según Kennie,⁽¹¹⁾ el concepto de salud en las personas mayores engloba tres componentes básicos: la ausencia de enfermedad, un nivel funcional óptimo y un sistema de apoyo social adecuado. Es un concepto con más componentes que la conocida definición de salud de la OMS y las variaciones sobre ésta que han aportado diversos autores, pues aparte de los dos primeros aspectos, que son comunes en todas las definiciones, plantea así mismo el apoyo externo, que es una exigencia a la sociedad.

La preservación de las capacidades funcionales es esencial para que el individuo pueda llevar a cabo las acciones necesarias de la vida cotidiana. Los apoyos informales,

desarrollados por la familia y la vecindad, y los formales, a cargo de las instituciones, contribuyen al mantenimiento de las capacidades y las suplen cuando están mermadas.

También hay que precisar que la Gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos (biológico, psicológico y social), y la Geriátría la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos. Este término fue introducido en 1909 en Estados Unidos por Ignatz L. Nascher, aunque su extensión práctica tuvo lugar en Reino Unido, donde hacia 1935 se abrieron salas de hospitales dedicadas a los ancianos y en 1946 se creó la especialidad médica, hecho que no se produjo en España hasta 1978. El profesor Gonzalo Piédrola Gil (1907-1996) fue un destacado introductor de la Gerontología y la Geriátría en España.

APRENDER A ENVEJECER

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) analiza las claves para conseguir un envejecimiento activo y saludable.⁽¹²⁾

- 1) Para envejecer correctamente hay que conseguir una mejora en la calidad de vida y aumentar la esperanza de vida saludable y que el principal enemigo de estos objetivos es la dependencia.
- 2) Importancia de una atención “precoz, correcta y concreta” y de la prevención en la atención sanitaria primaria y secundaria.

Envejecimiento activo:

- 1) Es imprescindible aprender a vivir con las secuelas de las enfermedades.
- 2) Dar prioridad a los derechos de los ancianos por encima de sus necesidades.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre estos derechos están la independencia, la participación, la dignidad y la asistencia. Un estudio cualitativo realizado por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y el IMSERSO realizado en 2004, demostraba que los ancianos reclaman salud y autonomía, facilidades para tener pareja, independencia económica, mantener su función de cuidadores, formar parte de la comunidad y conseguir seguridad y tranquilidad para envejecer correctamente.

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

La mayoría de las teorías del envejecimiento pueden categorizarse en dos grupos: Estocásticas y Programadas.⁽¹⁰⁾ Las primeras sugieren que el daño celular y molecular es la base del envejecimiento, concretamente el daño en el ADN y las proteínas, especialmente a partir de los radicales libres, sería la causa de algunas manifestaciones del envejecimiento programado, que suponen la existencia de una especie de reloj biológico que delimitaría un término para desarrollar las funciones. Han sido menos

investigadas, aunque están apareciendo estudios sobre la senescencia celular y la muerte celular programada.

Dentro de las teorías estocásticas, la teoría de la lesión mitocondrial por radicales libres, como causante de algunos de los cambios asociados al envejecimiento y de algunas enfermedades, ha llevado al auge del consumo de sustancias antioxidantes para prevenir el envejecimiento y estas enfermedades, aunque no se disponen de estudios concluyentes.

El envejecimiento no es un proceso programado de autodestrucción celular mediado por radicales libres o un error evolutivo que ha ocasionado una defensa insuficiente contra el estrés oxidativo, sino más bien el efecto no programado, pero inevitable, del alto consumo de oxígeno que tiene lugar en las células para sostener su función especializada y las cuales, al diferenciarse, han perdido la capacidad de rejuvenecimiento.

ANATOMO-FISIOLOGIA DEL APARATO GENITAL MASCULINO Y FEMENINO.

1.2.1. APARATO GENITAL MASCULINO

(13)
Los genitales masculinos están constituidos por el pene y los testículos.

El pene tiene forma cilíndrica, ensanchándose en su extremo para formar el glande. Su estructura interna es la de una envoltura resistente con pequeñas cavernas, que contiene un conducto llamado uretra y vasos sanguíneos, estando todo ello rodeado por una piel muy sensible. Cuando tiene lugar la excitación, la sangre fluye, llena las cavernas y el pene se alarga y endurece. Esta erección se produce por un sistema hidráulico que usa sangre como líquido de bombeo.

La uretra es el canal conductor de la orina y el semen.

El glande es la zona del pene con mayor cantidad de nervios sensores y por tanto es el área más sensible a la estimulación. El prepucio es la piel que cubre el glande cuando éste no está en erección. Durante la erección se retrae y el glande queda al descubierto.

Los testículos son dos bolsas situadas cerca de la base del pene. Están formados por el escroto (piel sensible que los rodea) y los testículos propiamente dichos o glándulas sexuales masculinas. Los testículos son el lugar donde se desarrollan los espermatozoides. Contienen gran cantidad de pequeños túbulos (túbulos seminíferos) donde se producen constantemente millones de espermatozoides, así como células productoras de hormonas.

Los tubos seminíferos conducen hasta el epidídimo y este al conducto deferente que desemboca en la uretra.

Los espermatozoides maduran en el epidídimo y durante el recorrido que hacen

por el conducto deferente hasta instalarse en la vesícula seminal, ésta fabrica un líquido viscoso que los protege.

La próstata es la estructura glandular donde se unen las vías urinaria y seminal, en ella se torna común la ruta que siguen orina y semen, si bien sus emisiones nunca serán simultáneas. Su función es generar el líquido que protege y alimenta los espermatozoides.

El semen o esperma es un líquido lechoso y viscoso que se expulsa en la eyaculación. Este formado por espermatozoides, líquido de origen seminal y líquido prostático.

1.2.2. APARATO GENITAL FEMENINO

Los genitales femeninos externos reciben el nombre global de vulva.

La vulva comprende:

- El monte de Venus: área situada sobre el pubis que a partir de la pubertad se cubre de vello.
- Los labios externos: dos pliegues de piel carnosa y cubiertos de vello.
- Los labios internos: pliegues más finos y desprovistos de vello.
- Clítoris: Con estructura similar a la del pene, está formado por tejido eréctil y se localiza en la parte superior de la vulva, en el punto de unión de los labios interiores. Es el centro receptor de la estimulación sexual.
- El meato uretral o urinario: es una pequeña abertura conectada con la uretra. Está localizado entre el clítoris y el orificio vaginal. No tiene ninguna función asociada a la reproducción.
- El orificio vaginal o entrada a la vagina: se localiza entre el meato y el ano. Es una zona muy sensible en cuyo interior se encuentra el himen, una membrana fina que cierra parcialmente la entrada a la vagina en mujeres vírgenes.

Los genitales femeninos internos están localizados en el interior del abdomen y se componen de:

- Los ovarios, que son los órganos encargados de producir óvulos y la secreción de hormonas. Contienen gran cantidad de óvulos inmaduros, cada uno de los cuales está envuelto en un folículo.
- Las trompas de Falopio, que parten de cada uno de los ovarios y llegan al útero. Son los conductos que acogen al óvulo y el lugar donde ocurrirá la fecundación.
- El útero o matriz: una estructura muscular que forma una cavidad cubierta por una mucosa, el endometrio. Aumenta su grosor después de la ovulación, y prepara al útero para recoger al óvulo fecundado. Si no existe fecundación se elimina junto con sangre, dando lugar a la menstruación o regla.
- El cuello del útero une al útero con la vagina. Produce un líquido que favorece el avance de los espermatozoides.
- La vagina es el conducto que va desde el cuello del útero al exterior, es dilatable y aloja al pene durante el coito. Estimulada por la excitación sexual genera un

líquido lubricador que facilita la penetración.

1.2. RECUERDO ANATOMICO Y FISIOLOGICO DEL APARATO GENITAL MASCULINO Y FEMENINO

FIGURA 1. ⁽¹⁴⁾ Aparato Genital Masculino (tomada de Netter)

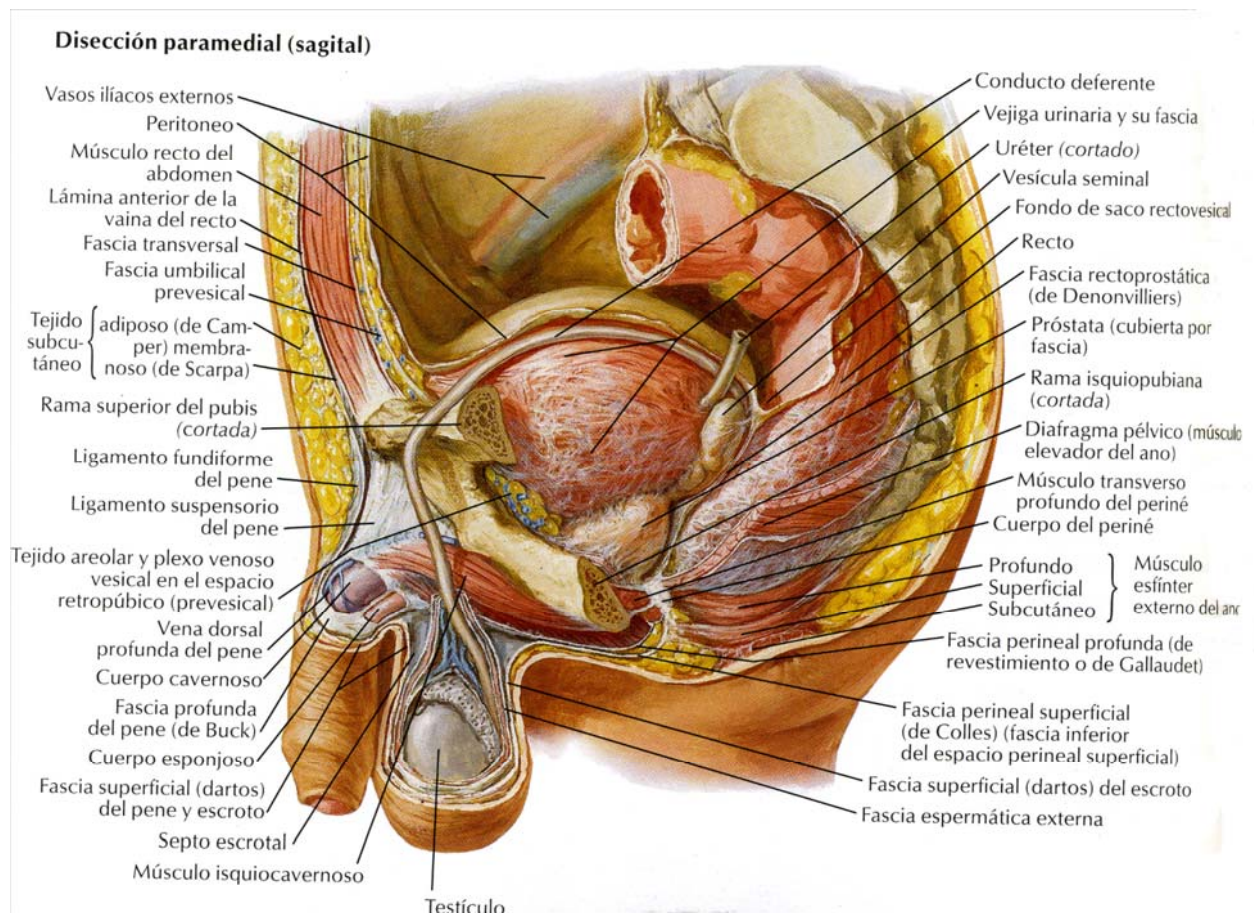


FIGURA 2. Aparato Genital Masculino (tomada de Netter)

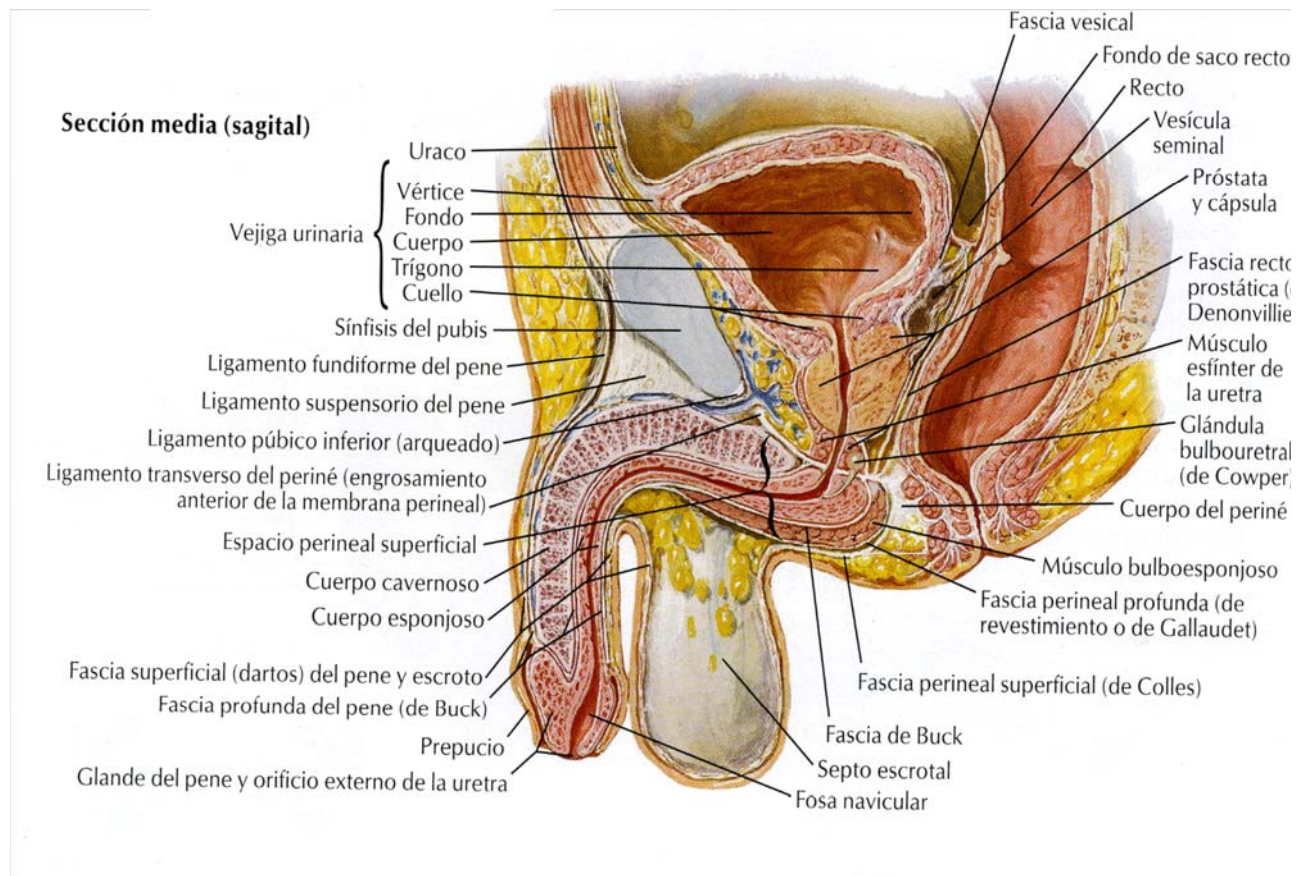


FIGURA 3. Aparato Genital Femenino (tomada de Netter)

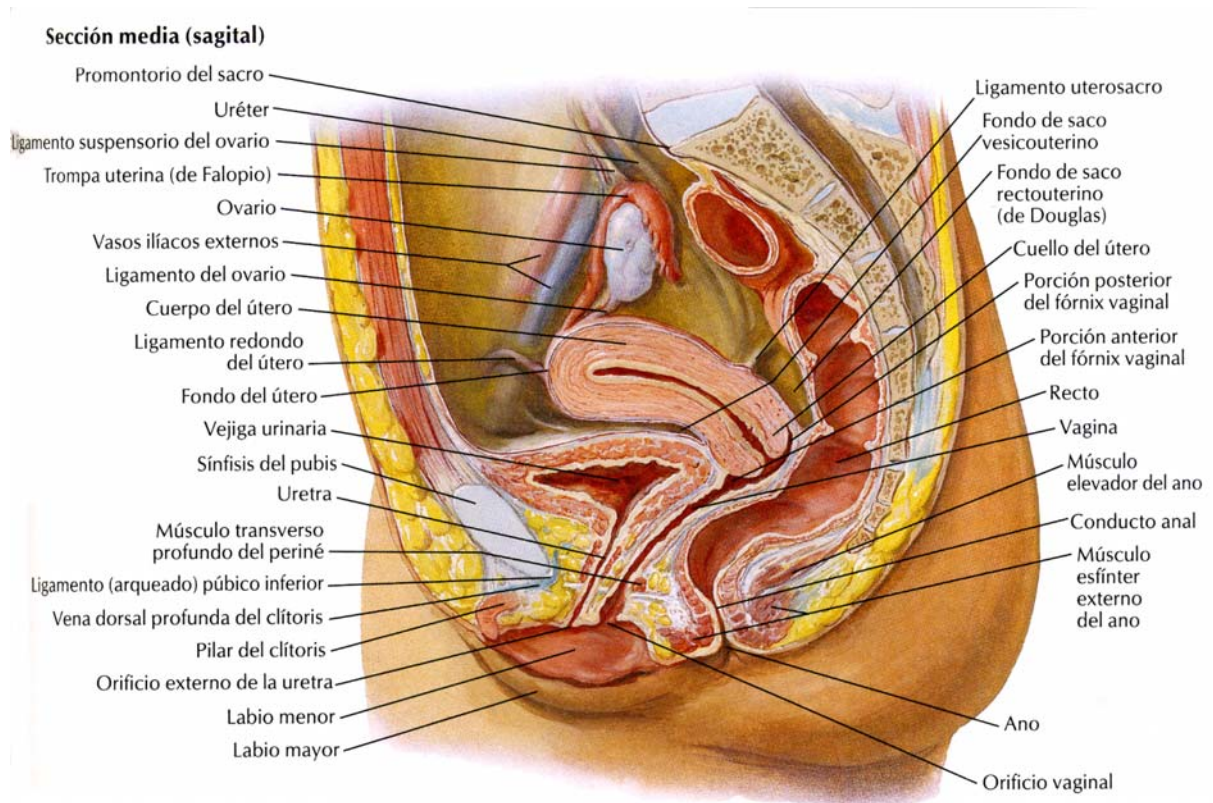
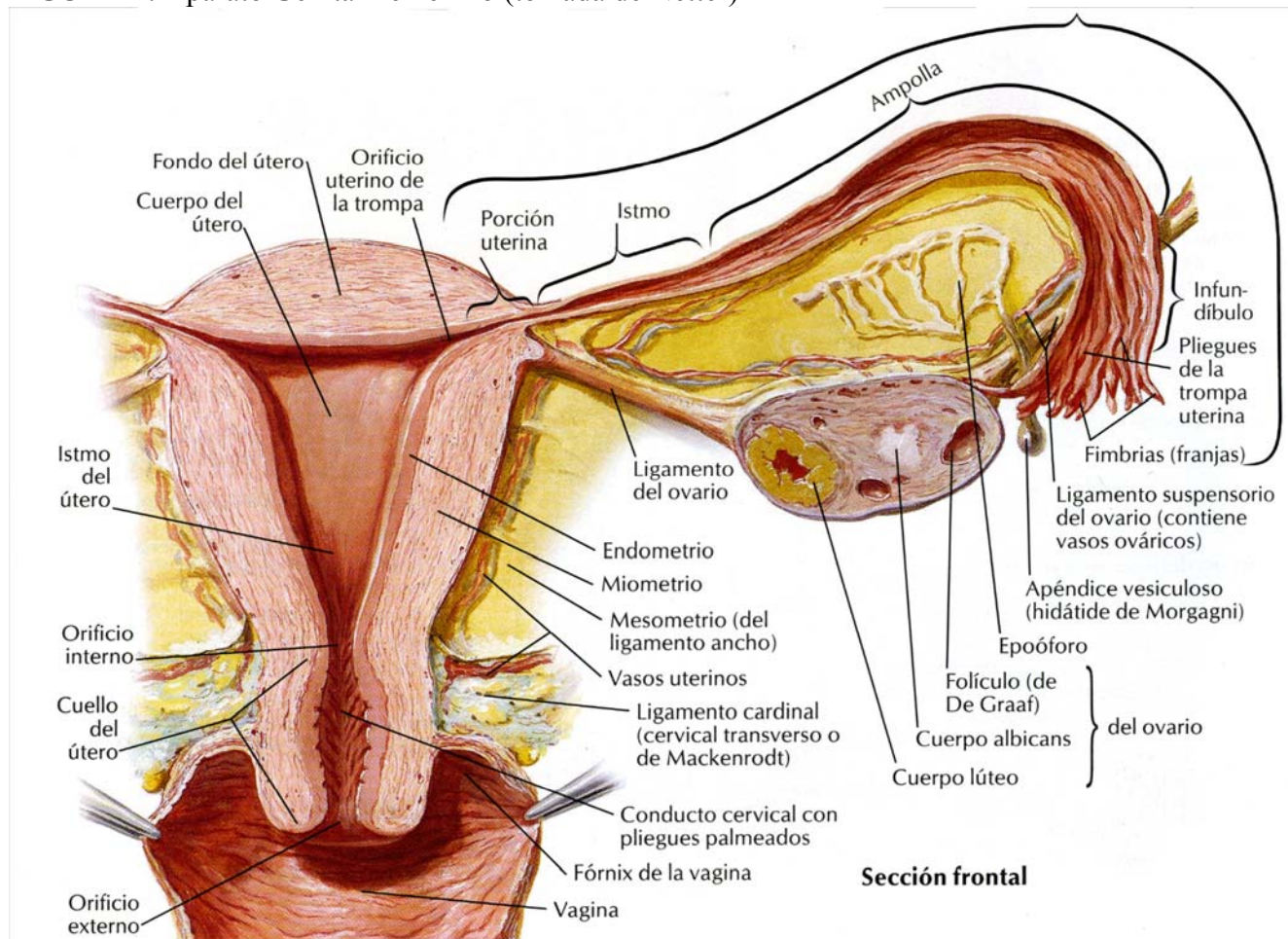


FIGURA 4. Aparato Genital Femenino (tomada de Netter)



1.2.3. LA EXCITACIÓN SEXUAL

Los órganos sexuales y algunas zonas erógenas, no necesariamente genitales, se conectan con nervios a las áreas receptoras del placer en el cerebro. Estimulada por el deseo sexual, la activación de zonas erógenas y genitales consigue la aparición de sensaciones placenteras, de ahí que la experiencia sexual resulte gratificante.⁽¹³⁾

Tanto en la mujer como en el hombre se produce, por acción del sistema nervioso involuntario, una serie de actos reflejos que surgen como respuesta a la excitación sexual y que desembocan en la dilatación de los vasos sanguíneos de los genitales provocando una inundación de los tejidos cavernosos que origina la erección del pene en el hombre y la dilatación del clítoris y vagina en la mujer. Del mismo modo, el orgasmo se produce por la contracción refleja de los músculos genitales, que en el caso del hombre, lo lleva a expulsar el semen por la uretra hasta el exterior.

TABLA III

ZONAS ERÓGENAS

Hombres	Mujeres
Genitales. Labios, boca, lengua. Orejas, cuello, espalda. Base de la columna vertebral.	Genitales. Labios, boca, lengua. Pecho, muslos, nalgas. Base de la columna vertebral.

1.3.- FISIOLÓGÍA DEL ENVEJECIMIENTO. CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS

El envejecimiento de la sexualidad se caracteriza por un descenso en las capacidades sexuales y en el deseo de mantener relaciones sexuales.⁽¹⁷⁾

La conducta sexual va a diferir entre sociedades; estas modificaciones son debidas a factores tales como sexo, edad, religión, historia sexual previa, grado de bienestar psicosocial, accesibilidad a un compañero/a y estado de la libido.

Aún está por responder la pregunta ¿cuál es el envejecimiento sano respecto a las relaciones sexuales en el anciano?, ya que la sociedad occidental une ancianidad con asexualidad.

En la literatura científica se encuentran pocos estudios de sexualidad en personas de edad avanzada, aportando pocos datos respecto a la naturaleza, índice de fidelidad y frecuencia de las relaciones sexuales en las personas mayores, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que los ancianos en su mayoría exclusivamente mantienen relaciones sexuales dentro del matrimonio.

1.3.1. CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS CON EL ENVEJECIMIENTO

Estos cambios deben ser conocidos por los médicos y los ancianos para que no sean confundidos con enfermedad.

Son en principio graduales y reflejan el estado basal hormonal, vascular y neuropsicológico del anciano.

1.3.1.1. HOMBRES

Existen menos cambios anatómicos que en las mujeres, siendo más importantes los cambios fisiológicos. La erección se hace mucho más lenta con la edad (3 segundos en un varón de 18 años, 20 segundos a los 45 años). A los 75 años puede precisarse

hasta 5 minutos para conseguir la máxima erección y se necesita para conseguirlo un mayor grado de excitación, ya que la sensibilidad peneana es menor. Una vez desaparecida la erección suelen pasar días antes de que sea posible obtener otra erección completa y el orgasmo es menor, al ser más laxo el músculo cremaster. La eyaculación se retrasa. El volumen de esperma en la eyaculación es menor, y es más frecuente el rezumado y la eyaculación retrógrada a la vejiga. ⁽¹⁸⁾

Según los resultados del estudio español sobre epidemiología de la disfunción eréctil, entre el 12 y el 19% de los hombres la padecen, es decir: son impotentes.

La frecuencia aumenta con la edad, pero los verdaderos factores de riesgo, independientemente de ésta, son la diabetes, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la arteriosclerosis, las enfermedades hepáticas, prostáticas o cardíacas, el reumatismo y las alergias. Factores de riesgo como ingesta de antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, etc. y sobre todo, el tabaco y el alcohol aumenta considerablemente la probabilidad de padecer esta disfunción.

En los últimos años se han comercializado nuevos fármacos, el tadalafilo, y el vardenafilo, que se han unido al sildenafil. A pesar de los miedos y rumores sobre sus posibles riesgos, la realidad es que tres millones de tratamientos en todo el mundo se han mostrado muy seguros y eficaces en personas de edad avanzada.

1.3.1.2. MUJERES

Tras la menopausia hay una disminución importante de la producción de estrógenos y progestágenos, disminuye la capacidad de lubricación, lo que hace que el coito pueda ser más doloroso y que aumente el riesgo de infecciones vaginales.

Disminuye el nivel de andrógenos, que parece estar relacionado con el interés sexual. Durante el coito es menos frecuente alcanzar el orgasmo.

Son también menores el rubor cutáneo y la tensión muscular durante el coito y el aumento de la tensión de las mamas.

Las mujeres que en los años anteriores han alcanzado un buen nivel de satisfacción sexual probablemente no advertirán ningún cambio en el placer o el deseo mientras que otras referirán un aumento al sentirse liberadas de la posibilidad de un embarazo y / o al poder disponer de mayor intimidad tras la partida de los hijos; por su parte, otras manifestarán una disminución de la libido que en algunas poblaciones alcanza a más de la mitad de las mujeres mayores de 50 años. Menopausia, histerectomía y disfunción sexual masculina son los tres pilares fundamentales en los que se asienta la disfunción sexual femenina a partir de los 49 años.

Dentro de los factores hormonales, la disminución de la congestión genital determina una disminución de la plataforma orgásmica y de la coloración de los labios mayores y menores, menor grado de modificaciones en el clítoris, menor erección de los pezones y disminución de las contracciones uterinas durante el orgasmo. No obstante, se ha observado que, a pesar del descenso de estrógenos, este deterioro no se produce o

tarda mucho más en aparecer cuando la mujer ha tenido una vida sexual previa activa y regular.

Los factores psicológicos y socioculturales pueden influir notablemente en la sexualidad de la mujer postmenopáusica. Un alto porcentaje de mujeres relacionan la menopausia y, por lo tanto, el final de la vida reproductiva, con el final de la vida sexual. En algunos casos este final se aceptará como algo lógico e inevitable y en otros se vivirá como una liberación de la obligación sexual hacia la pareja.

Sin embargo, se ha observado que los determinantes más importantes en la actividad sexual de las mujeres mayores son la relación con la pareja y el estado físico de ambas personas. Si la pareja tiene una buena relación afectiva y no padece inconvenientes físicos que la limiten, la actividad sexual puede mantenerse durante toda la vida.

Los problemas, trastornos o disfunciones sexuales son muy frecuentes en las personas de más edad. El hecho más relevante es que, en la menopausia el problema resulta esencialmente femenino, en la postmenopausia el problema es esencialmente masculino. No obstante, la sexualidad no se acaba con la menopausia ni con la jubilación y la mayor parte de los datos disponibles sobre la sexualidad de los ancianos son poco fiables.

Según una revisión de los 22 mejores estudios sobre sexualidad realizados en el siglo XX, los problemas sexuales más frecuentes son la falta de deseo o excitación sexual (presente hasta en el 25% de los hombres y el 35% de las mujeres), la falta de orgasmo (5% de los hombres y 30% de las mujeres) y la eyaculación precoz (35% de los hombres).

En España también hay diversas encuestas sobre comportamiento sexual, pero casi todas adolecen de una llamativa negligencia a la hora de expresar los datos referentes a personas “mayores”. Un hecho muy relevante desde el punto de vista de la sexualidad de los españoles fue la publicación en 1971 de “El libro de la vida sexual”, dirigido por López Ibor. Al tema de la sexualidad en la senilidad le dedica cuatro de las casi 650 páginas. Según esta obra, la “involución sexual” empieza entre los 47 y los 55 años y a partir de ahí todos son ocasos, imposibilidades o lujurias.

Veinte años después, para el autor Malo de Molina⁽¹⁵⁾, tampoco debe existir la sexualidad a partir de los 50 años y según éste, sólo el 50% de los mayores de 50 años practican sexo al menos una vez al mes y coincidiendo con fiestas o fines de semana. El 33% se masturbaba y el 50% referían fantasías sexuales, a las que recurrían cuando practicaban sexo con su pareja.

Siguiendo con la sexualidad femenina las cifras son muy variables, pero según diversas fuentes, entre el 11 y el 45% de todas las mujeres padecen alguna disfunción sexual, siendo los trastornos de la excitación, la anorgasmia y la dispareunia las más importantes. El riesgo aumenta con la edad pero sobre todo tras la menopausia, así como con la presencia de depresiones, enfermedades somáticas, etc.

Según el experto Vicent Bataller, médico, psicoterapeuta y sexólogo, el aumento

de edad no tendría por que ser paralelo a la disminución en la frecuencia en las relaciones sexuales de pareja, pero lo es. Tampoco tendría por que ser “necesariamente” equivalente a disminución del placer sexual, aunque suele serlo. Si no hubiese tantas prevenciones y tanta falta de comunicación en estos aspectos, la cosa cambiaría, y con la edad se ganaría “experiencia” en sexualidad, del mismo modo que se gana en otras facetas de la vida. Para Bataller, la menopausia es un punto crítico, supone muchas veces una disminución del deseo, sobre todo en las mujeres que nunca han tenido una vida sexual previa demasiado satisfactoria.⁽¹⁶⁾

1.3.2. CAMBIOS SEXUALES EN EL VARON

1.3.2.1. Cambios anatómicos:

- Angulo peneanoabdominal durante la erección máxima, siendo de 90° en los ancianos.
- Menor tamaño testicular.⁽²⁰⁾

1.3.2.2. Cambios funcionales:

- Reducción de los niveles de testosterona circulantes y de su conversión a dihidrotestosterona.
- Menor sensibilidad peneana.
- Erección más lenta, y se requiere mayor estimulación.
- Menor turgencia del pene erecto.
- Reducción del número de erecciones nocturnas involuntarias.
- Menor ascenso testicular y más lento durante la excitación, por laxitud del cremaster.
- Retraso de la eyaculación, con menor reducción e incluso ausencia de la sensación de inestabilidad eyaculatoria.
- Menor necesidad física de eyacular, menor volumen de esperma eyaculado.
- Menor número e intensidad de las contracciones orgásmicas.
- Alargamiento del período refractario (pueden requerirse hasta días antes de conseguir otra erección completa).

1.3.3. CAMBIOS SEXUALES EN LA MUJER

1.3.3.1. Cambios anatómicos:

- Cambios en la figura corporal.
- Disminución del tamaño de ovarios, trompas y útero.
- Atrofia de la mucosa de endometrio, cuello uterino y vagina (vaginitis atrófica)
- Menor grado de acidez del medio vaginal que facilita las infecciones.
- Atrofia de los labios mayores.
- Reducción y adelgazamiento del vello púbico.

- Pérdida de parte del parénquima mamario y descenso de las mamas por pérdida de la elasticidad de los tejidos.

1.3.3.2. Cambios funcionales:

- Reducción de los niveles estrogénicos y androgénicos.
- Enlentecimiento de la fase de excitación sexual.
- Penetración frecuentemente más difícil y dolorosa por la atrofia, y menor y más lenta lubricación vaginal.
- Menor intumescencia del clítoris y de la plataforma vaginal.
- Disminución en frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas, que a veces pueden ser dolorosas.
- Menor rubor cutáneo y más limitado, tensión muscular en el coito y tensión mamaria.
- Aceleración del descenso postcoital.

1.4. FACTORES SOCIALES QUE AFECTAN AL COMPORTAMIENTO E INTERESES SEXUALES

- 1.- Autopercepción del atractivo sexual.
- 2.- Acceso a una pareja.
- 3.- Dificultad para el acceso de un ambiente adecuado con intimidad.

Aquellos ancianos que viven con sus hijos o en una Residencia no tienen el ambiente más adecuado de intimidad para mantener relaciones sexuales o se lo prohíben expresamente.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN HOMBRES

- ★ Cambios anatómicos y fisiológicos:
 - Niveles de testosterona: disminuidos.
 - Espermatogénesis: disminuida.
 - Tamaño de testes: disminuidos.
 - Tamaño de la próstata: aumentado.
 - Contracciones prostáticas: aumentadas.
 - Viscosidad y volumen del líquido seminal: disminuidos.
- ★ Cambios en el ciclo:
 - Excitación:
 - Respuesta disminuida.
 - Erección menos firme.
 - Estimulación peneana directa más larga.
 - Plateau/meseta:
 - Fase más larga.
 - Ausencia de preeyaculación y emisión de fluido.

- Orgasmo:
 - Duración más corta.
 - Contracciones menores y más débiles.
 - Reducción de la cantidad de semen.
- Resolución:
 - Alargamiento de la velocidad al estado preestimulatorio.
 - Período refractario alargado.

TABLA IV:

Cuestionario para valorar el déficit de andrógenos en los ancianos. ⁽¹⁸⁾

- ¿Ha disminuido su libido (deseo sexual)?
- ¿Se siente farto de energía?
- ¿Ha disminuido su fuerza o resistencia?
- ¿Ha perdido peso?
- ¿Ha observado una disminución del <<disfrute de la vida>>?
- ¿Está triste o malhumorado?
- ¿Son sus erecciones menos fuertes?
- ¿Ha observado un deterioro reciente de su capacidad atlética?
- ¿Se duerme después de comer?
- ¿Ha notado recientemente un deterioro de su rendimiento en el trabajo?

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN MUJERES.-

- ★ Cambios anatómicos y fisiológicos:
 - Niveles de estrógenos y progesterona disminuidos.
 - FSH y LH disminuidos.
 - Tamaño de cerviz, útero y ovarios disminuidos.
 - Elasticidad de la vagina disminuida.
 - Lubricación vaginal disminuida.

★ Cambios en el ciclo:

- Excitación:
 - Respuesta disminuida.
 - Reducción de la vasocongestión.
 - Lubricación reducida.
- Plateau/meseta:
 - Reducción de la elevación del útero.
 - No elevación de los labios mayores.
- Orgasmo:
 - Duración más corta.
 - Contracciones menores y más débiles
 - Respuesta del clitoris disminuida.
- Resolución:
 - Alargamiento de la velocidad al estado preestimulatorio.
 - Reducción de la capacidad multiorgasmo.

2. HISTORIA DE LA SEXUALIDAD

La más antigua referencia sobre la erección se encuentra en bajorrelieves egipcios de la decimotercera dinastía, que muestran como el dios Min, presenta una erección permanente.

Desde tiempos remotos, quizá haya sido la tradición china la que más ha investigado y tratado la vida sexual de la pareja. De esta cultura han llegado las terapias derivadas de la medicina tradicional china: acupuntura, digitopuntura y fitoterapia. De esta última proceden los conocidos afrodisíacos jengibre y almizcle, así como el famoso estimulante ginseng. Muy popular fue también en la China antigua el uso de fripang, una babosa importada de Malasia y la sopa de nido de golondrina, utilizadas como remedios para despertar los impulsos amorosos.

Siglo VII. Los hindúes siguen de cerca a los chinos y, de los populares Kamasutra y Ananga - Ranga, proceden los excelentes afrodisíacos semillas de sésamo, clavo o diíta, el extracto de nuez moscada, la calaminta, la berenjena, la planta bhuyakokali, la canela, la infusión de bayas de enebro, el cardamomo o el cannabis.

Mexicanos. Antiguos investigadores descubrieron las cualidades estimulantes del conocido hongo Psilocybe mexicana y la especie de cactus Lophophora williamsii conocida como humito y peyote, ambos alucinógenos. Asimismo, elaboraron bebidas afrodisíacas que siguen vigentes, como el mezcal.

Entre otras curiosidades descubrieron que Moctezuma, vencido por Hernán Cortés, bebía grandes cantidades de chocolate, y lo hacía sobretodo antes de entrar en su harén, debido a las poderosas virtudes afrodisíacas atribuidas a este producto.

En nuestros días están siendo investigadas en Brasil plantas como la catuaba y la damiana para determinar si es verdadero su potencial efecto positivo sobre el desempeño sexual.

Lo mismo se está haciendo en Chile con el veneno de la araña “Viuda negra” y en Perú con la corteza del cascarillo peruano o quina.

Del saber popular de Camerún provino la síntesis en 1958 de un alcaloide extraído de las cortezas del árbol *Pausinystalia yohimbe*, conocido como yohimbina. Dicho fármaco, en un principio denominado afroditá, también presente en la planta amazónica *Rauwolfia serpentina*, fue estudiado para el tratamiento de la disfunción eréctil en la segunda mitad del siglo XX, detectándose la aparición de importantes efectos colaterales.

Una víctima de los deseos del ser humano por mejorar su pericia amorosa ha sido el rinoceronte africano. El comercio realizado en el mercado negro asiático con el extracto de su cuerno como poderoso afrodisíaco ha provocado que en la actualidad sólo queden alrededor de 7000 ejemplares.

También el hombre árabe se preocupó bastante por mantener intacta su capacidad sexual, sobre todo por el hecho de que en multitud de ocasiones debía satisfacer a más de una mujer. Son muestra de ello, los cuentos de “Las mil y una noches” y otros relatos, los escritos sufíes y los preparados afrodisíacos de la medicina árabe, muchos de los cuales adquirieron gran popularidad en la España musulmana. Estos compuestos solían incluir alcachofa, albahaca, pistachos, alubias, zanahoria, ajo, cebolla, pimienta, almendras y otros productos que, según los entendidos de la época, favorecían el desempeño del varón y preparaban a la mujer para la relación sexual. Entre ellos también destacan los numerosos preparados mencionados en los libros de Avicena como la leche de camaleón, cubeba y escamonea.

Diocles, poeta ateniense que vivió en el siglo V a.C. decía: “los moluscos en general excitan el placer y despiertan el deseo, en especial el pulpo”.

Además de conocer las propiedades del marisco, los griegos utilizaron también para fines excitantes alimentos como las anchoas, cangrejos, lentejas, carne de lagarto, puerros, espárragos y trufas, de las cuales se sabe hoy en día que contienen feromonas en su composición.

Famosas fueron en Roma las ceremonias dedicadas al dios Baco y las orgías. Higos, berros, coles, granadas, hígado, uvas, ajedrea, miel, cebolla aslabonia, hinojo y sobre todo vino, fueron utilizados por los romanos. Apuleyo dejó escrito en el siglo II: “el vino ayuda a vencer las cobardías del pudor y nos proporciona estímulos para el placer”. Era común en la antigua Roma el empleo de ortigas, huesos de rana y esperma de ciervo en rituales con fines eróticos.

De la magia y medicina celta se derivaron los principales ingredientes de los “filtros amorosos” preparados por las brujas medievales. Extractos de mandrágora, ajenojo, aquilea, coriandro, valeriana, violeta, corregüela, enebro, muérdago, beleño, arenque y sobre todo, cantaridita extraída del escarabajo *Cantharis vesicatoria* o mosca

española, formaban parte de las pócimas de estas hábiles celestinas. Como curiosidad, este último componente se comercializa en nuestros días con los mismos fines de antaño.⁽¹⁹⁾

Jiaco Berengario da Capri (1470-1550) realiza en 1507 la primera histerectomía vaginal.⁽²⁰⁾

Dentro de Europa moderna, fue en la Francia de los siglos XVII y XVIII donde más interés pusieron los médicos y gourmets en la conservación y potenciación del erotismo: platos a base de yema de huevo, apio, cardo, caviar, queso parmesano, faisán, tomate, chocolate y vainilla exaltaban los goces pasionales de aquella época en la que tampoco faltaron Tratados de Medicina con amplios capítulos dedicados a estos temas aconsejando el uso de ámbar gris, bórax y civeto, secreción de la civeta o gato de algalia, para el restablecimiento de las capacidades amoratorias.

2.1. El envejecimiento a través de la Historia

A lo largo de la Historia, el concepto de vejez ha sufrido diferentes interpretaciones en función de los diferentes modelos socio-culturales. Así vemos como:⁽¹⁾

El envejecimiento en los pueblos primitivos y nómadas mantiene un sistema de subsistencia basado en la simple caza, recolección y pesca, con unas condiciones de vida muy precarias, en los cuales los ancianos se mantienen integrados en la colectividad, en la misma medida en que no hacen peligrar la subsistencia del grupo, siendo la función más específica de tipo simbólico-cultural.

Teniendo en cuenta que se trata de pueblos sin escritura, es la experiencia directa la única forma de acumular saberes. En estas sociedades, los ancianos no son abandonados por sus familias, salvo que sea para dejarlos morir. En estos sistemas, la estructura fundamental de la organización familiar es una relación horizontal entre hermanos y la convivencia entre distintas generaciones es muy poco frecuente.

El envejecimiento en los pueblos sedentarios, agrícolas y ganaderos, la estructura social es más compleja, la capacidad de acumulación de bienes de consumo y de alimentación es mayor que en las comunidades primitivas y el papel del anciano, sobre todo el hombre, suele ser socialmente dominante.

Los ancianos son depositarios de las tradiciones y hacen valer tales conocimientos. Son, por así decirlo, “archivos vivos”. Desde el punto de vista económico, la mayoría de estas sociedades tienen como práctica habitual la propiedad privada, lo que asegura el poder económico de los ancianos, ya que se transmite la propiedad a través de la institución filial.

En el envejecimiento de la sociedad industrializada, los ancianos están aislados del resto del grupo, ya que el elemento integrador por excelencia es el trabajo, del cual emana el prestigio social, los ingresos económicos y el nivel de vida, buena parte de las relaciones sociales y de los grupos de pertenencia y otros referentes básicos para la vida y la identidad de cada persona.

La obligación a retirarse, a jubilarse, se convierte en la sociedad industrializada en una “pena de muerte social”.

La estructura familiar predominante de este tipo de sociedades es la familia nuclear e individualista, con un claro rechazo a la residencia compartida por varias generaciones adultas. El lazo conyugal (esposo/esposa) es el elemento más importante.

La ciencia sexológica nació en Europa a finales del siglo XIX, época en la que el “viejo continente” estaba sumido en un gran puritanismo. Los pioneros más famosos fueron Havelock Ellis y Richard Von Krafft-Ebing.

El primero, realizó varias encuestas sobre el comportamiento sexual y escribió las primeras publicaciones sobre la sexualidad femenina en las que se animaba a las mujeres al disfrute sexual y se afirmaba que la causa principal de la frigidez radicaba en un desconocimiento acerca de la forma de lograr el placer por parte de las féminas y sus parejas.

Por su parte, Von Krafft-Ebin fue el primer médico que se dedicó a estudiar de forma seria las desviaciones sexuales. Realizó más de doscientas entrevistas y los términos empleados en su famoso trabajo descriptivo “*Psicopatías Sexuales*”: masoquismo, fetichismo, sadismo, etc. son aún utilizados por la moderna sexología. A las clases de este profesor de la Universidad de Viena asistió un joven llamado Sigmund Freud.

A principios del siglo XX, el conocido padre del psicoanálisis dio un fuerte impulso a la comprensión de la sexualidad humana con sus teorías acerca de la influencia de las experiencias vividas en la infancia sobre la personalidad de la persona adulta. Este científico definió el concepto de libido como la fuerza o pulsión sexual presente en el ser humano desde la infancia. Según sus hipótesis, los trastornos neuróticos y psicóticos tienen su origen en el anormal desarrollo de la libido desde la etapa infantil.

En 1911, Albert Moll (1862-1939) publica el primer Manual de Sexología.

Un discípulo de Freud (Reich) afirmaba que algún día sería posible medir la libido y en 1923 desarrolla su controvertida teoría del orgasmo, en la cual define a la potencia orgásmica como “la capacidad de entregarse al flujo de la energía biológica sin ninguna inhibición, de descargar por completo toda la excitación sexual contenida mediante contracciones corporales placenteras e involuntarias”. Según sus postulados, la incapacidad para conseguir esta liberación de la energía sexual contenida desemboca en la neurosis.

Otro afamado discípulo de Sigmund Freud fue el famoso psiquiatra Carl Gustav Jung que entendió la libido de una manera asexualizada, la concibió como una especie de energía psíquica detrás de la cual se encontraba “el impulso creador”. Esta discusión fue una de las principales causas de la ruptura entre ambos científicos.

Comenzaron en 1937 las primeras investigaciones del estadounidense Alfred

Kinsey en el “Instituto para la Investigación Sexual”.

Este zoólogo publicó los resultados de sus detalladas encuestas en el polémico “Informe Kinsey” y con ello provocó una conmoción social en la sociedad norteamericana de los años 50. La calidad del método empleado y la muestra disponible alrededor de 18.000 sujetos hacen que los trabajos de este científico sean un punto básico de referencia para la sexología contemporánea.

Las conclusiones de Kinsey fueron impactantes, sus entrevistas demostraron que uno de cada cuatro varones estadounidenses tenía experiencias y deseos homosexuales que iban más allá de lo puramente ocasional. Asimismo, refirió que aunque la homosexualidad estaba menos presente entre las mujeres, su sexualidad era más polimorfa y variada. Además, sus estudios revelaron que una de cada cuatro era infiel y más de la mitad no llegaban vírgenes al matrimonio.

A pesar de las acusaciones recibidas como enemigo de la moral y las buenas costumbres, este científico se convirtió en uno de los sexólogos más afamados de los Estados Unidos por su libro “El comportamiento sexual de las mujeres”.

En medio de este ambiente social novedoso, el ginecólogo William Howel Masters y su esposa Virginia Jonson publican “Respuesta Sexual Humana”, Tratado de sexología que describe el análisis de más de setecientas entrevistas y presenta soluciones para numerosos trastornos sexuales. El 15 de Abril de 1979 estos sexólogos anuncian que pueden invertir la homosexualidad mediante un determinado método de terapia sexual. Masters y Jonson habían estudiado en los años sesenta con detalle el comportamiento sexual humano (las manifestaciones fisiológicas de las distintas partes del orgasmo). Sobre la base de resultados, desarrollaron una nueva manera de tratar las disfunciones sexuales, como la impotencia y la anorgasmia de origen psíquico, así como la ausencia de excitación física y los problemas de orgasmo y vaginismo.

Estimaron que en EEUU, en más de la mitad de los matrimonios, como mínimo uno de los miembros de la pareja padecía algún tipo de disfunciones sexuales.

Estos autores resaltan que no tratan funciones sexuales perturbadas, sino las perturbaciones de las relaciones, someten a sus pacientes a una terapia en sesiones intensivas de dos semanas de duración llevadas a cabo por una pareja de terapeutas. Los ejercicios desarrollados por Masters y Jonson suelen combinarse en la práctica con otros métodos con alcances psicoterapéuticos.

El principal objetivo que se persigue mediante la terapia sexual es el establecimiento de la propia conciencia sexual, al conseguir la reducción de la presión ejercida por las expectativas planteadas, a veces erróneamente, así como también la mejora de la comunicación que debe establecerse entre los miembros de una pareja sexual. Los éxitos de esta terapéutica llegan al 80% de los casos tratados. Muchas de las terapias ofrecidas por Masters y Jonson siguen siendo utilizadas en la actualidad por terapeutas sexuales de todo el mundo.⁽²⁰⁾

El último hito de la historia de la Sexología Occidental lo constituyó la síntesis, a finales de los noventa, de la molécula de sildenafil, considerado como el primer

fármaco capaz de solucionar de forma segura el problema de la disfunción eréctil.

A raíz de este descubrimiento, en el año 2004 unos autores japoneses Fujisawa y Sawada, realizaron un estudio referente a la disfunción eréctil en ancianos. La disfunción eréctil (DE) es un desorden médico común afectando a hombres mayores. El citrato de sildenafil ha sido introducido para ser un efectivo y bien tolerado agente oral para el tratamiento de DE en adultos con dicha patología.⁽²¹⁾

En hombres mayores es muy probable tener más problemas médicos concomitantes que el resto de la población general afecta de DE. En este estudio se examinó la eficacia y seguridad de sildenafil administrado a mayores con DE (≥ 60 años). Fueron tratados con dosis de 25 o 50 mg de citrato de sildenafil. El rango de edad se estableció entre 60-78 años ($65 \pm 4,5$). El período de seguimiento fue $12,3 \pm 6,5$ meses, con un rango de 1 a 25 meses. La valoración de la eficacia/efectos secundarios fue realizada usando el International Index de Función Eréctil 5 (IIEF-5) antes de las primeras dosis y, al menos, cuatro semanas después del tratamiento. La testosterona en suero fue cuantificada antes del tratamiento. La valoración IIEF-5 entre todos los pacientes aumentó desde $8,5 \pm 3,9$ a $20 \pm 4,2$ después del uso de sildenafil ($p < 0,0001$) en pacientes de 70 y más años, la puntuación aumentó desde $8,2 \pm 3,6$ a $21 \pm 3,9$.

El *ratio* de mejoramiento en más jóvenes fue más alto que en mayores. La testosterona en suero fue similar en ambos grupos antes del tratamiento.

Los efectos adversos más comúnmente encontrados fueron, entre otros banales, la dispepsia, lo que ocurrió en un 2,3%. Los pacientes no interrumpieron el tratamiento con sildenafil a pesar de estos efectos secundarios.

En conclusión se pudo afirmar que la administración oral de sildenafil es eficaz y bien tolerado para mayores con DE.

3. FACTORES CON INFLUENCIA EN LA ACTIVIDAD SEXUAL DE LOS ANCIANOS

3.1.- Concepto, factores con influencia sobre la actividad sexual de los ancianos y causas de disfunción sexual.

Etimológicamente disfunción se define como función difícil o anormal.⁽²²⁾

Disfunción Sexual (DS): Perturbación de la función sexual. Por ejemplo: impotencia, eyaculación prematura, anorgasmia.

Por otra parte Reuben, DB define la Disfunción Eréctil (DE) como “la imposibilidad de alcanzar una erección suficiente para realizar el coito”. Señala también que los problemas como el orgasmo, la libido o la detumescencia peneana no son disfunción eréctil (DE).⁽²³⁾

3.2. DIAGNOSTICO Y VALORACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN ANCIANOS

La obtención de una buena historia clínica es un hecho crucial para llegar a un diagnóstico correcto y a una aproximación terapéutica acertada. Pero esto tiene una importante limitación, la gran dificultad que pone el anciano para hablar de sus relaciones sexuales; para evitar esto se debe abordar este tema con el máximo cuidado y sinceridad, que el anciano note que nuestras preguntas forman parte de su historia general, y con un alto grado de intimidad: el anciano tolera mejor la entrevista solo que en presencia de familiares.

A.- La investigación rutinaria, que debe de hacer todo médico, sobre la sexualidad en los ancianos debería incluir las siguientes preguntas:

- Orientación sexual: heterosexual, homosexual, bisexual.
- Actividad sexual: tipo, frecuencia, masturbaciones.
- Pareja sexual: número y sexo.
- Grado de satisfacción sexual.
- Conocimiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Acomodación de la vida sexual a sus posibilidades funcionales.
- Conocimiento sobre las limitaciones que tienen las enfermedades sobre su vida sexual y de su pareja.
- Grado de intimidad en sus relaciones.
- Cambios en su funcionalidad sexual: impotencia, dispareunia.

B.- La valoración que se debe de hacer depende del tipo de disfunción encontrada:

- 1.- Disfunción eréctil: considerar patología vascular, medicación, efecto psicológico secundario.
- 2.- Dispareunia: deficiencia estrogénica, falta de estimulación previa a la penetración.
- 3.- Descenso de libido: considerar depresión, enfermedad crónica (incluido alcoholismo), medicación, deficiencia de andrógenos, percepción de falta de atractivo sexual, problemas en la pareja, impotencia en el varón.
- 4.- Ausencia de pareja: facilitar las relaciones entre personas.
- 5.- Problemas de orientación sexual (homosexualidad) y patologías sexuales (trastornos sexuales del comportamiento): valorar la colaboración de un psicólogo y psiquiatra.

Los principales factores con influencia sobre la actividad sexual de los ancianos son:

- Existencia de una pareja.
- Conducta sexual anterior.
- Placer en las relaciones pasadas.
- Independencia funcional.
- Estado de salud propio y de la pareja.
- Actitudes hacia las actividades sexuales alternativas.

- No interrupción de la actividad sexual tras los 50-60 años.
- Reacciones a los cambios fisiológicos.
- Ansiedad al comienzo de la actividad sexual.
- Reacción a las actitudes de la sociedad.
- Ubicación del anciano.
- Nivel sociocultural.⁽²⁴⁾

Las causas más importantes de DS en los ancianos son:

- Cambios fisiológicos y alteraciones en la respuesta sexual asociados al envejecimiento.
- Mitos y actitudes de la sociedad.
- Educación de los ancianos.
- Convivencia y educación.
- Capacidad funcional.
- Enfermedades médicas entre las que destacan patologías arteriales, venosas y/o vasculares mixtas, (más del 50%). Según Reuben también: diabetes mellitus, efectos secundarios a medicamentos, hiperprolactinemia, hipogonadismo, neurológicas, tales como trastornos del SNC, de la médula espinal o del sistema nervioso periférico, neuropatía autónoma, epilepsia del lóbulo temporal; trastornos tiroideos y con cierta frecuencia depresión/ansiedad y la mayoría de medicamentos que se utilizan para estas patologías.
- Hábitos tóxicos como alcohol, tabaco y otras drogas.
- Secuelas de intervenciones quirúrgicas. Entre un 60-90% tras prostatectomía radical y entre un 30-69% post-radioterapia.

Trastornos psiquiátricos, fundamentalmente demencias y enfermedad de Alzheimer.

3.3. LOS FACTORES PSICOSOCIALES QUE CONDICIONAN LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ SON:

1. Nuestros ancianos/as han estado sometidos a muy diversas influencias desde el punto de vista político. La mayoría han trabajado desde los catorce años y apenas fueron a la escuela.

2. Se puede decir que una historia sexual rica en actividad, satisfactoria y permanente a lo largo del tiempo, se asocia a una vida sexual más rica y satisfactoria en la vejez. Se puede decir que se trata de una generación con una historia sexual muy variable pero, con frecuencia, deficitaria.
3. Las condiciones económicas de la generación de mayores actuales han mejorado mucho en las últimas décadas. Esta mejoría en sus condiciones de vida favorece el disponer de un ambiente agradable para la intimidad sexual.
4. Nuestra población de ancianos tiene una actitud negativa hacia la sexualidad. Sin embargo, una visión más amplia y rica de la sexualidad ofrece un abanico de posibilidades muy amplias a las personas mayores; se trata de reconocer que el ser humano tiene necesidades de intimidad corporal y que ésta se puede resolver de forma muy rica y diversa.
5. Se trata de una generación que ha interiorizado falsas creencias sobre la sexualidad en la vejez:
 - la actividad sexual es mala para la salud.
 - la actividad sexual debilita.
 - la satisfacción sexual decrece con la menopausia, etc.
6. Es una generación a la que se impone la “teoría de la media naranja”. Lo que debemos hacer es facilitar a los mayores el que puedan establecer relaciones nuevas y aceptar las libertades que deseen y los compromisos que consideren oportunos.
7. El trabajo sobre sexualidad en la vejez debe priorizar el conseguir que hombres y mujeres mayores se reconcilien con su figura corporal y con los cambios que supone el proceso de envejecimiento.
8. Es una generación jubilada de todo. La jubilación supone una pérdida de ingresos económicos, una disminución de la actividad física y mental y una ruptura con la red de relaciones sociales y, con todo ello disminuye el interés por la sexualidad.
9. Las resistencias de los hijos y de la familia en general, que tienden a rechazar las manifestaciones sexuales de sus mayores.
10. Las barreras institucionales de las familias y de las Residencias. En este sentido debemos conseguir que todos los aspectos organizativos faciliten las relaciones interpersonales, tanto las relaciones sociales más convencionales como las Íntimas.
11. Los efectos negativos de los roles de género. Se vive en una cultura empeñada en que los hombres y las mujeres sean de una determinada manera que acaba creándoles dificultades para el contacto y la vinculación.⁽²⁵⁾

3.4. LA SEXUALIDAD MASCULINA Y EL PLACER MAS ALLA DE LOS SESENTA. PREVENCIÓN, PROBLEMAS Y SOLUCIÓN

Envejecer es un proceso normal de todo ser vivo, pero además, existe una patología del envejecer. Es sobre esta patología sobre la que se intenta influir para lograr, si fuera posible, un envejecer más armónico.

La vejez en sí misma no es patología, es una transformación y adaptación del estado general de salud. Cada persona reacciona de forma diferente a estos cambios. La falta de una rigurosa formación psicoterapéutica o psicoanalítica, junto a una limitada visión pluridimensional de la persona en los diferentes especialistas que les atienden, pueden llevar consigo una serie de sugerencias conscientes e inconscientes encaminadas a la abstinencia sexual de las personas mayores.

Cook, Fith y Tuttle, opinan que el cambio en el comportamiento en la actividad sexual, se relaciona más con el miedo y las informaciones erróneas acerca del tema del infarto de miocardio y conducta sexual, que con la propia enfermedad. Estos investigadores indican que la abstinencia sexual no ofrece, en dicho caso, ninguna ventaja de recuperación. Hoy en día con la introducción de sustancias como el sildenafil, han hecho que problemas hemodinámicos y ciertas patologías como la diabetes, la hipertensión arterial, problemas de vascularización, etc. puedan ser tratados sin ninguna dificultad en la mayoría de los casos, y se logre una erección óptima y placentera para el varón.

La OMS ha convenido en señalar a los sesenta años, hechos significativos que pueden repercutir de una manera intensa en el estado afectivo y social del geronte. La adultez de los hijos; el nacimiento de los nietos; la jubilación, con el cortejo de consecuencias que habitualmente acarrea: disminución del nivel económico y social, inseguridad, sentimientos de minusvalía, de marginación; la muerte del cónyuge y de amigos; los cambios en la imagen corporal; el rol que la familia y en general su entorno le otorga; todo esto configura lo que puede llamarse la “crisis de la senescencia”.

Los criterios psicológicos y emocionales con la pareja también tienen una relación directa con una vida sexual activa y placentera. Es en esta esfera donde la sexualidad puede venir mediatizada. Se dice que una pareja que haya mantenido una relación gratificante, continuada y placentera respecto a la actividad sexual y genital en otras épocas de la vida, también la tendrá en esta etapa. El desinterés o la autolimitación sexual por el contrario suelen ser componentes de una autoestima baja, o ser un síntoma de una conducta depresiva y todo ello, a su vez causa de inapetencia sexual, en los hombres muchas veces, provocadas por los “gatillazos” o falta de erección o penetración.

Así mismo se tendrán en cuenta los aspectos sociológicos, culturales y actitudinales que con respecto a la sexualidad del hombre mayor se tienen en nuestra cultura. Habitualmente el término “viejo verde” está en estos momentos fuera de contexto, pues las estadísticas dan a la media europea unos 75 años de vida media para los varones, lo cual representa un tercio de vida para esta etapa de la vida, a la que no se puede ni se debe quitar la importancia de la dimensión sexual.

En estos principios del siglo XXI, en donde la sociedad en su totalidad mira al futuro incluyendo y previendo los distintos impactos de culturas longevas, creemos que será importante que el psicoanálisis, al igual que en su momento lo hizo con los niños, se plantee la forma de encarar lo que cada vez más parece necesario: el tratamiento de pacientes añosos.

Es necesario e imprescindible un cambio de actitudes respecto a la sexualidad de las personas mayores que predominan tanto en la población como en la mayoría de los profesionales de los servicios de salud y de otros servicios responsables de la formación y orientación en cuestiones sexuales.

Indicar y manifestar así mismo aquellos varones mayores homosexuales. De entrada lo suelen tener bastante más difícil, pues la estigmatización sobre este colectivo y/o el desconocimiento de su salud integral y/o sexual, hace que estén en desventaja de la mayoría de varones heterosexuales, muchos de ellos vinculados en matrimonio y/o en nuevas parejas, que posibilitan una actividad genital más frecuente.

Se tiene que posibilitar la investigación acerca de la sexualidad de los varones homosexuales de la tercera edad, para poder dar conocimiento y luz acerca de este colectivo que llega a la senectud y consultando por ansiedad, trastornos del sueño, problemas de alimentación, depresiones, trastornos de la personalidad, aislamiento social, inhibición del deseo sexual, disfunciones eréctiles, metabolopatías, etc. Todo, fruto de la homofobia existente tanto por los servicios de salud como por los servicios prestados en muchas Residencias de la tercera edad, que todavía no conciben la orientación homoerótica del deseo como algo natural.⁽³⁴⁾

TABLA V. Principales problemas y soluciones sexuales en las personas mayores.⁽¹⁸⁾

PROBLEMAS	SOLUCIONES
Disminución del deseo	Usar excitantes (música romántica, novelas eróticas)... Cuidado del atractivo corporal evitando situaciones de abandono en el vestir y falta de higiene. Terapia hormonal, con consejo médico. Tratamiento de la depresión. Dejar de tomar alcohol o fármacos. Buscar consejo psicológico. Dar consejo individualizado para que los contactos sexuales existentes se resuelvan de forma satisfactoria, evitando sobre todo la rutina que conduce al aburrimiento.
Sequedad vaginal, pérdida de elasticidad vaginal.	Usar lubricantes. Estrógenos locales bajo supervisión médica. Prolegómenos prolongados que faciliten una adecuada lubricación previa al coito. Tener actividad sexual frecuente. Ejercicios pélvicos de Kegel.
Erección débil	Usar una posición que haga más fácil la inserción del pene. Aceptarlo como una limitación de la edad. No usar condón, si no hay riesgo de contagio. Pedir a la pareja que le estimule más. Aprovechar el momento de erección matutina
Pérdida rápida de la erección y período de recuperación largo	Buscar alternativas de actividad sexual satisfactorias sin penetración. Tener coitos menos frecuentes. Poner énfasis en la calidad, no en la cantidad Primar las actividades que no requieren erección.

3.5. EFECTOS DE LA PATOLOGÍA MÉDICA EN LA SEXUALIDAD

3.5.1.- Enfermedades cardiovasculares

Los pacientes con cardiopatía no deben de evitar mantener relaciones sexuales por pensar que ponen en peligro su vida (no hay mayor incidencia de muertes súbitas durante el coito que en la población normal).⁽¹⁸⁾

3.5.2.- Hipertensión arterial (HTA)

En varones con HTA la incidencia de impotencia, propia de la enfermedad o secundaria a medicación, es del 15%. Hay que tenerlo en cuenta a la hora de elegir fármacos antihipertensivos, por su potencial efecto negativo en este campo.

3.5.3.- Enfermedades neurológicas:

a.- Enfermedad cerebro-vascular (ACV): la baja autoestima, el déficit motor, los problemas de comunicación y depresión son las causas que producen alteración en la vida sexual.

b.- Enfermedad de Parkinson: algunos fármacos (anticolinérgicos) pueden producir alteración en las relaciones sexuales.

c.- Demencia: problemas de hipo o hipersexualidad (trastornos del comportamiento asociados a la demencia); se cree que son debidos a alteración de la liberación de neurotransmisores a nivel hipotalámico.

3.5.4.- Enfermedades pulmonares

Las dificultades en las relaciones sexuales no están unidas a la propia enfermedad sino al grado de disnea, hipoxia y tratamiento con glucocorticoides.

3.5.5.- Enfermedades urológicas:

a.- Cistitis y uretritis: es frecuente (mujeres/hombres) la introducción de bacterias en la uretra durante el coito y está unido a mayor laxitud en el periné por déficit de estrógenos.

b.- Insuficiencia renal crónica: produce deterioro en la sexualidad secundario a alteraciones hormonales (FSH, LH, estradiol, prolactina, testosterona).

c.- Incontinencia urinaria: no hay deterioro en la sexualidad pero un 45% de los pacientes incontinentes reconocen incontinencia en relación con disconfort psicológico de micción no controlada durante el coito.

3.5.6.- Enfermedades osteoarticulares:

No disminuye el deseo sexual sino que el paciente se debe de acomodar a mantener relaciones sexuales que no le produzcan dolor; algunos pacientes tienen impotencia secundaria a medicamentos (AINES, antipalúdicos).

3.5.7.- Enfermedades endocrinológicas:

a.- Diabetes mellitus: la prevalencia de disfunción sexual es muy alta (65%), su causa es multifactorial: enfermedad macro y micro vascular, polineuropatía, cambios hormonales, infecciones urogenitales.

b.- Enfermedad tiroidea: (hipertiroidismo / hipotiroidismo), está unido a alteraciones en las relaciones sexuales secundarias a cambios hormonales (prolactina,

estrógenos), una vez corregida la enfermedad de base se normaliza el déficit en las relaciones sexuales.

3.5.8.- Enfermedades psiquiátricas:

a.- Depresión: se encuentra una alta prevalencia de impotencias en ancianos deprimidos.

b.- Psicosis: hay alteraciones psicopatológicas en la esfera sexual (hipersexualidad, desviaciones sexuales) que necesitan tratamiento por el especialista.

c.- Cáncer: Afectación en el área sexual por patología ansiosa y depresiva, por pérdida de autoestima y por mala imagen corporal.

3.6. EFECTOS DE LOS FÁRMACOS SOBRE LA SEXUALIDAD

TABLA VI. Fármacos que afectan la sexualidad en la mujer

SIGNO Y SINTOMA	MEDICAMENTO
Incremento de la libido	Andrógenos Benzodiazepinas
Disminución de la libido	Antihistamínicos Barbitúricos Cimetidina Clofibrato Diazepán Alfa-metildopa Propanolol Prazosín Reserpina Espironolactona Antidepresivos tric. Clorpromazina Clonidina Estrógenos
Empeoramiento excitación y orgasmo	Anticolinérgicos Clonidina Alfa-metildopa IMAO Antidepresivos tric.
Agrandamiento de la mama	Estrógenos Antidepresivos tric.

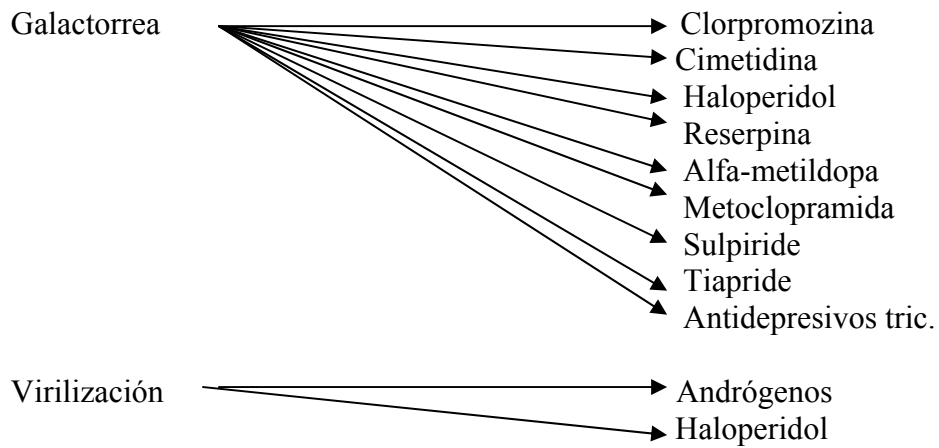
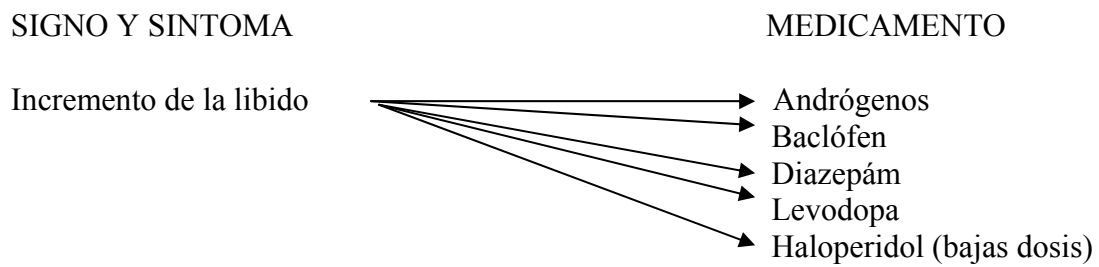
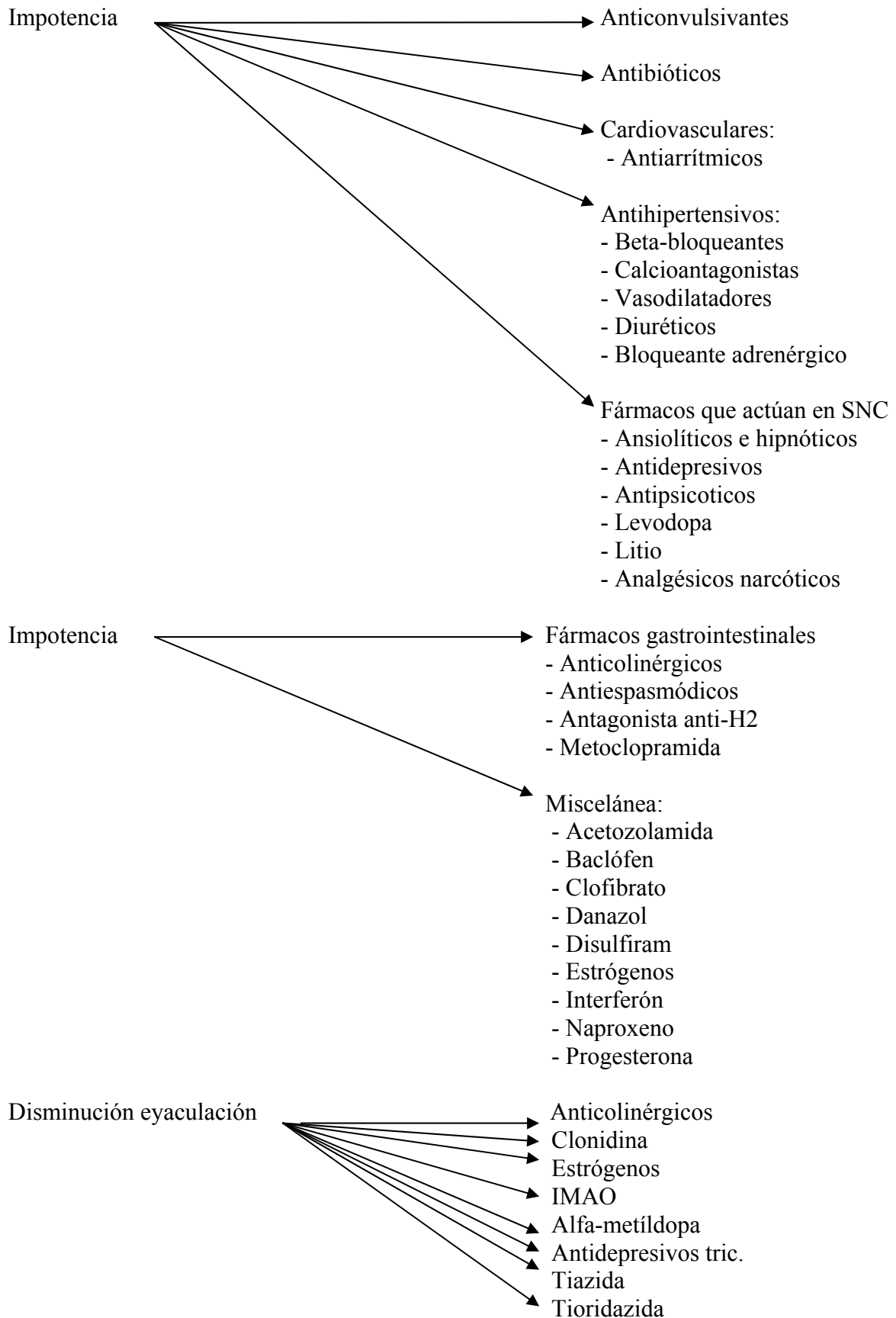


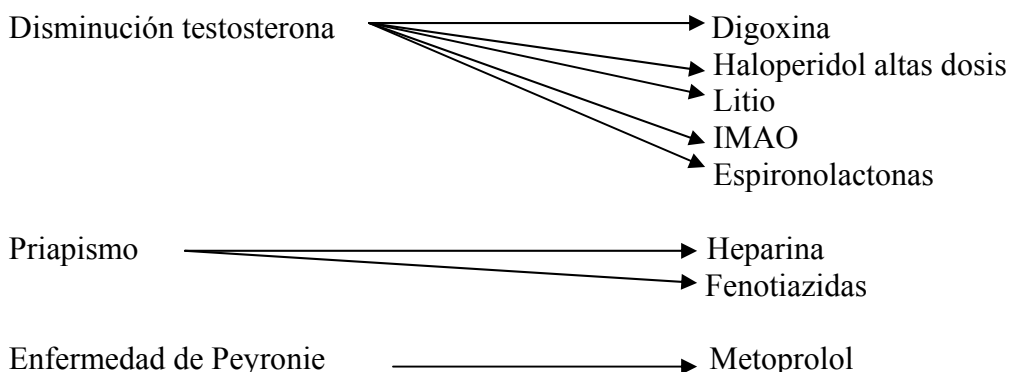
TABLA VII. Fármacos que afectan la sexualidad en hombres



Descenso de la libido

Los mismos que en la tabla anterior más fármacos antiandrógenos en el cáncer de próstata.





3.7. EFECTOS DE LA CIRUGÍA SOBRE LA SEXUALIDAD

- Cirugía coronaria de bypass. Tras la cirugía, se suele aconsejar a estos pacientes que eviten la actividad sexual durante un tiempo razonable para no poner en peligro la reparación quirúrgica. La autoestimulación o la masturbación mutua pueden ser una alternativa menos exigente que el coito desde el punto de vista físico.

- Tras la histerectomía se suele aconsejar a las pacientes que eviten la actividad sexual durante 6-8 semanas para permitir la cicatrización de la herida quirúrgica. La depresión es frecuente y se prolonga habitualmente desde unos pocos días hasta algunos meses, aunque algunas mujeres permanecen deprimidas durante mucho más tiempo. La histerectomía en sí no suele alterar la función sexual. La mayoría de ellas siguen siendo sexualmente activas, y muchas, debido a la desaparición del riesgo de embarazo, se vuelven incluso más activas desde el punto de vista sexual.

- La mastectomía puede llevar a algunas mujeres a sentirse sexualmente mutiladas. Pueden perder el deseo sexual a causa de la vergüenza, la preocupación sobre ser menos femeninas o el miedo a resultar menos atractivas para su pareja. La depresión periódica es frecuente durante los dos años siguientes a la mastectomía. Los programas de rehabilitación pueden ayudar a estas mujeres y a sus parejas a enfrentarse a las preocupaciones físicas, psicológicas y estéticas que supone la cirugía de la mama.

- Tras la prostatectomía se suele aconsejar a los pacientes que eviten la actividad sexual durante 6 semanas. La resección transuretral de la próstata, la forma más frecuente de prostatectomía, puede afectar a la potencia, y la eyaculación retrógrada es frecuente. El 10% de los varones pierden una cierta capacidad de conseguir la erección, aunque la mayoría son capaces de recuperar su nivel de actividad sexual previo a la cirugía. La mayor parte de la disfunción eréctil después de la resección transuretral de la próstata es psicológica; sólo alrededor del 3-5% de los varones desarrollan una disfunción eréctil no psicológica. La prostatectomía suprapúbica o retropúbica sí pueden provocar disfunción eréctil.

- La orquidectomía en ancianos se realiza habitualmente para tratar el cáncer de próstata. Sus efectos psicológicos pueden ser devastadores, por lo que después de la cirugía es esencial el consejo médico.

- La resección del recto y el ano en los varones puede provocar una disfunción eréctil total debido a la lesión de los nervios de los órganos genitales. En las mujeres sometidas a esta cirugía, la capacidad de excitación sexual y de obtener el orgasmo suele mantenerse, ya que los nervios esenciales están situados lejos de la zona quirúrgica. La actividad sexual es posible después de una colostomía o una ileostomía, aunque el proceso de ajuste puede resultar complejo. Existen grupos de apoyo ampliamente distribuidos y proporcionan información y ayuda eficaces.

La tasa de recuperación de relaciones sexuales satisfactorias tras la cirugía (histerectomía, mastectomía, prostatectomía, colostomía, cáncer rectal) es variable pero la norma es que se eviten por alteraciones neuroendocrinas, pérdida de la autoestima y por una mala imagen corporal; para su recuperación se debería hacer tratamiento psicoterápico de grupo.

3.8. IMPORTANCIA DE LA DIETA Y EL EJERCICIO FISICO EN LA ACTIVIDAD SEXUAL

Es incalculable el número de estudios científicos que demuestran los beneficios aportados a la salud por una dieta variada y equilibrada con una adecuada proporción de los diferentes principios alimenticios. Y por supuesto, estas ventajas se traducen en una considerable mejora del rendimiento sexual y en el favorecimiento de la prevención de una amplia gama de trastornos de la sexualidad.⁽¹⁹⁾

Para que una dieta sea provechosa y saludable ha de cumplir una serie de características. En primer lugar ha de ajustarse en calorías al gasto energético del individuo pues de no ser así puede conducir al sobrepeso o a la desnutrición. Además, el porcentaje de hidratos de carbono debe suponer el 50-60% del aporte energético de la ingesta, con una mayoritaria proporción de azúcares complejos: cereales, pasta, tubérculos y legumbres. Las grasas han de aportar entre un 25 y 30% de las calorías diarias y cumplir unas proporciones adecuadas de los distintos tipos de ácidos grasos: menos del 10% de ácidos grasos saturados, carnes grasas, embutidos, charcutería, lácteos enteros y mantequilla, 5% de ácidos grasos poliinsaturados, pescado azul, aceite de girasol, de maíz y de soja y un 15-20% de ácidos grasos monoinsaturados: aceite de oliva. Las proteínas deben proporcionar entre un 12 y un 15% del aporte energético total y entre ellas tienen que predominar las de alto valor biológico como las de huevos, carne, pescado y lácteos.

Es aconsejable la inclusión de 25-30 gramos diarios de fibra en la dieta, ya que han sido demostrados sus beneficios en cuanto a la prevención del estreñimiento, obesidad, hipercolesterolemia y diferentes problemas intestinales entre los que destaca el cáncer de colon. Son fuentes de fibra las verduras, frutas, legumbres y los cereales. Al cumplir estos requisitos no existirá ningún tipo de carencia vitamínica ni de oligoelementos, por lo que los suplementos de esta clase no son necesarios en personas sanas con una dieta adecuada. Asimismo se recomienda una ingesta de 1,5-2 litros de agua diarios.

Existen evidencias científicas suficientes para afirmar que una alimentación con

las características mencionadas similar a la de países mediterráneos es capaz de prevenir un abanico muy amplio de enfermedades y reducir la tasa de mortalidad por trastornos cardiovasculares.

Por otro lado, también son muy numerosas las ventajas obtenidas de la práctica regular de ejercicio físico. Por supuesto, la forma de realización de éste ha de observar una serie de requisitos para la optimización de resultados y la evitación de excesos y lesiones.

Existen unas características ideales que determinan una significativa mejoría del estado de salud y de la forma física. El ejercicio dinámico aeróbico con intervención de grandes grupos musculares: carrera, natación, aeróbic, etc. practicado con una intensidad de moderada a alta durante 30-60 minutos diarios de forma continua o discontinua, al menos 3-4 días por semana parece ser la forma que ofrece los mejores resultados.

Las consecuencias de este tipo de ejercicio físico moderado son de índole diversa.

Diferentes estudios demuestran las ventajas derivadas de esta práctica.

En primer lugar, se ha verificado su efectividad para prevenir cardiopatía coronaria. Esto lo consigue mediante la reducción de los principales factores de riesgo, diabetes, hipertensión y dislipemia, junto con el aumento del riesgo coronario debido a la disminución de la frecuencia cardíaca que produce. También se ha mostrado útil en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con cardiopatía isquémica.

Además, varios trabajos han demostrado una reducción del riesgo de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, la prevención de algunos tipos de cáncer y su acción positiva en cuanto al control del peso corporal y la prevención de la obesidad.

Por otro lado, se ha comprobado su contribución a la mejora de los estados de estrés, ansiedad y depresión, en gran modo debido a la elevación de los niveles en sangre de endorfinas, hormonas de acción ansiolítica y euforizante.

Parece claro el gran potencial del ejercicio físico continuado como promotor de la mejora del rendimiento sexual no sólo debido a las ventajas fisiológicas proporcionadas sino también gracias a la elevación de la calidad de vida del individuo al favorecer el desarrollo de un estado de bienestar psicológico.

4.- EPIDEMIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO

4.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

En España (1997), la distribución según grupos de edad de la población de 6,27 millones de habitantes de 65 o más años era la siguiente: 2 millones de 65 a 69 años (32%); 2,9 millones de 70 a 79 años (46,1%) y 1,37 millones de 80 y más años (21,9%). Las mujeres eran 3,66 millones (58%) y los hombres 2,61 (42%). El diferencial a favor de una mayor longevidad de las mujeres, que en España se inicia en el grupo de edad de 35 a 39 años, es muy destacado en los grupos de edad avanzada: la franja de edad de 80 y más años cuenta con aproximadamente el doble de mujeres que de hombres (910,3 frente a 459,3 miles de personas).⁽²⁶⁾

La caída de la mortalidad fue el resultado de las mejoras en nutrición, condiciones generales de vida, higiene y salud pública que comportaron una significativa disminución del impacto de las enfermedades transmisibles que producían una elevada mortalidad infantil y juvenil. Por efecto de los citados avances, el riesgo de muerte en la infancia y juventud declinó rápidamente, y ello comportó un gran aumento de la población a principios del siglo XX. Al consolidarse la progresiva mejoría de las condiciones sociales y ambientales, y por el efecto añadido de una limitada natalidad, en las sociedades occidentales se cuenta ahora con un número de personas con una larga supervivencia.

En España, la esperanza de vida al nacer, en 1995, era de 74,3 años para los hombres, de 81,6 años para las mujeres y de 77,9 años para ambos sexos; las cifras estimadas por el INE para los años 2010 y 2020 son, respectivamente, 82,9 y 83,7 años. Si bien anteriormente el aumento de la esperanza de vida al nacer se debía fundamentalmente a la caída de la mortalidad infantil y juvenil, hoy en día ésta presenta cifras mínimas y gran parte del aumento se debe a la continuada posposición de la muerte en los ancianos, aunque todavía existe una gran incertidumbre sobre las fuerzas que intervienen en la reducción de la mortalidad.

El proceso de envejecimiento es más dramático cuando se observa el crecimiento del número de personas mayores. En términos mundiales, significará un aumento de 580 millones de ancianos en 1998 a 1.970 millones en 2050. El cambio será relativamente moderado en las regiones desarrolladas, ya envejecidas en la actualidad subiendo de 226 millones en 1998 a 376 en 2050, unos dos tercios de aumento, y será mucho peor en las regiones menos desarrolladas, donde la población mayor de 60 años se multiplicará más de 9 veces, de 171 millones en 1998 a 1.594 en 2050.⁽²⁷⁾

Datos actuales de interés:

- España cuenta con algo más 7.200.000 personas mayores de 65 años, con la mayoría de viudas, 17% en 2003.
- Mujeres con salarios de 700 euros pagan 500 a la cuidadora de sus padres.
- Hay Residencias que cuestan entre 1.200 y 3.000 euros mensuales.
- El nº de octogenarios creció un 53% entre 1991 y 2003.
- Un 36% de los cuidadores sufrió estados depresivos.⁽²⁶⁾

TABLA VIII. DATOS COMPARATIVOS CON SUECIA EN MAYORES DE 65 AÑOS

SUECIA	ESPAÑA
1960.....12% > 65 años	1960.....8'4%
1985.....18% > “ “	1985.....13,9%
1996.....17% > “ “	1996.....15'7%

Se observa que a mediados de los 90 se equiparan relativamente los porcentajes.

FIGURA 1. Evolución del porcentaje de población de más de 65 años en España y otros países, 1960-1997. (De Eco-Salud OCDE, 1999). Tomada de Piédrola. Pag: 871

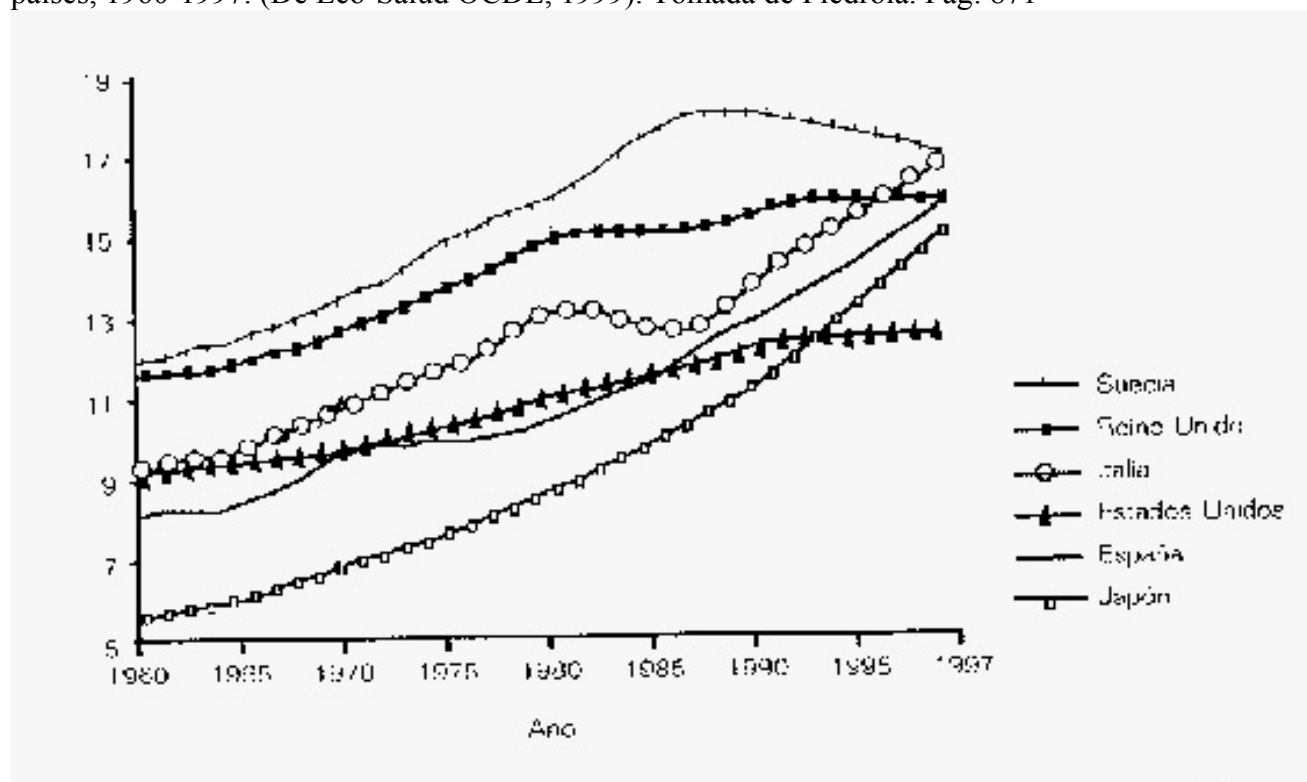
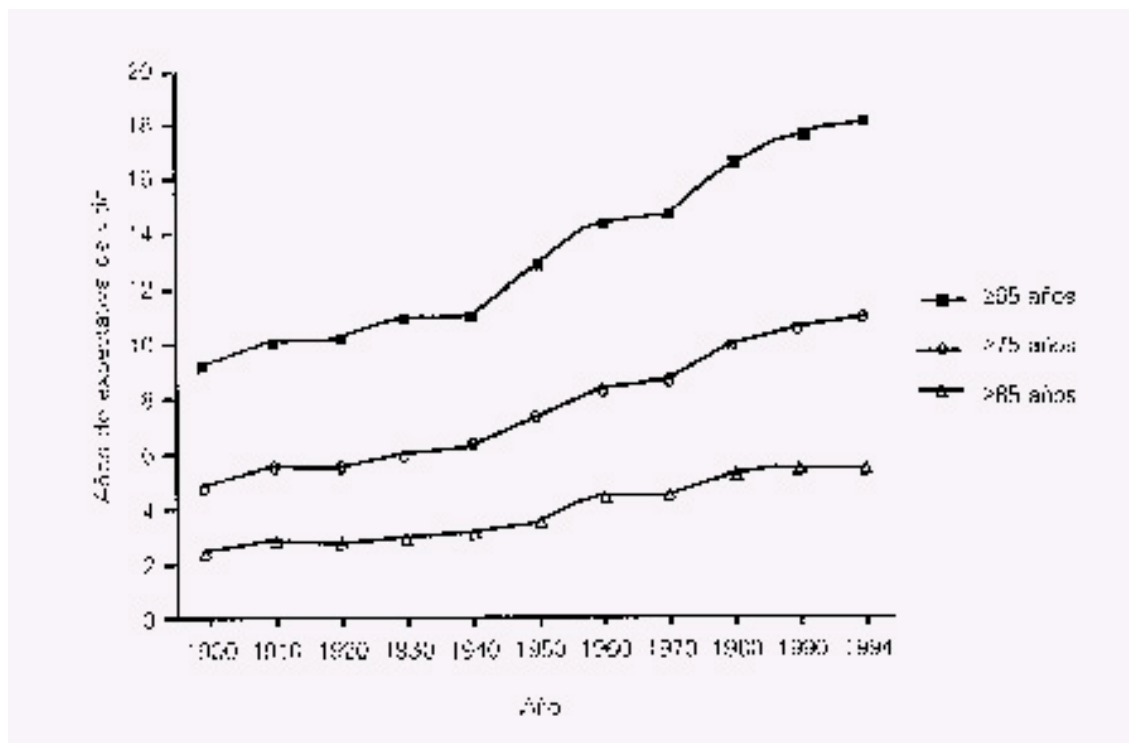


FIGURA 2. Evolución de la expectativa de vida en la población anciana en España, 1900-1994. (De INE, 1998). Tomada de Piédrola. Pag: 871



4.2. MORTALIDAD

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España (35,54% del total en el año 2001). En personas mayores de 65 años ocasionaron 112.527 muertes en dicho año, lo que supone el 42,1% del total. El 90,5% de todas las muertes cardiovasculares ocurren en mayores de 65 años, lo que es lógico ya que la edad es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) de primer orden, de tal manera que, con el paso de los años, aumenta el riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular (ECV) y de morir por ella. En el 2001, del total de muertes cardiovasculares en ancianos el 29,3% se debieron a enfermedades isquémicas del corazón (el 36,5% en hombres y el 24% en mujeres) y el 30,2% a ECV, (el 28,1% en hombres y el 31,7% en mujeres). Datos del estudio de Framingham nos indican que el 41% de los hombres y el 28% de las mujeres son portadores de enfermedades cardiovasculares, de las cuales más de la mitad corresponden a enfermedades isquémicas del corazón.⁽²⁸⁾

Además de la carga de discapacidad y muerte que las ECV ocasionan en el anciano, se debe considerar una serie de peculiaridades que presentan las personas de estas edades a la hora del diagnóstico y terapéutica del RCV.

4.3. CAUSAS DE MORTALIDAD EN CASTILLA LA MANCHA (CLM) EN ANCIANOS MAYORES DE 65 AÑOS. TRIENIO 2000 – 2002

De forma conjunta destaca la mortalidad por las enfermedades del sistema circulatorio (37'71%), seguidas por neoplasias (22'26%), enfermedades del sistema respiratorio con un 12'4 % y patologías del aparato digestivo con cifras de casi un 4'94%.

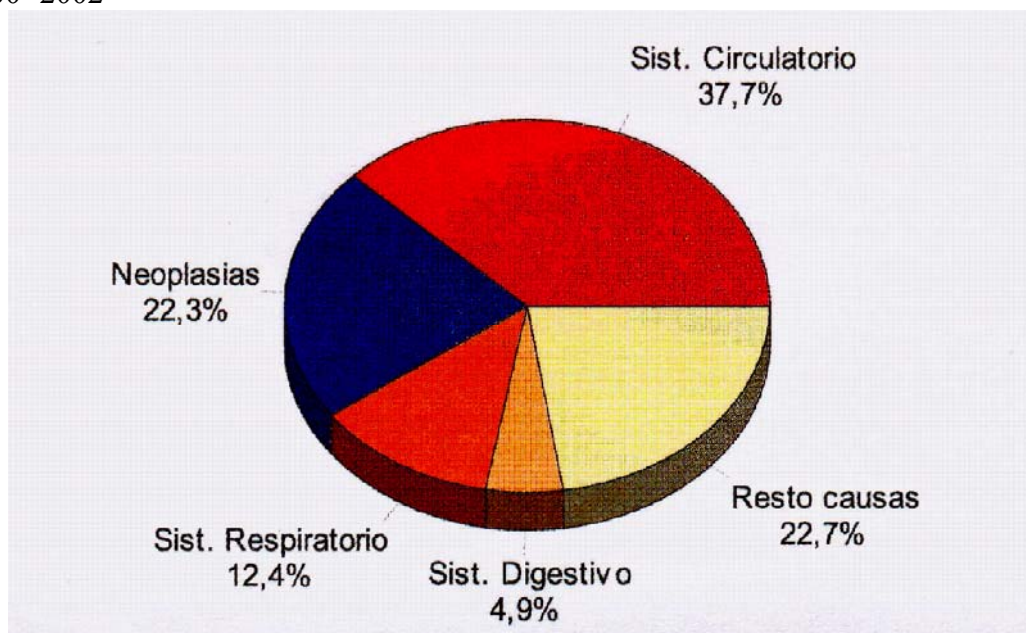
Por sexos, en varones se mantiene el mismo orden que globalmente, con un 32'74% para patologías circulatorias, neoplasias un 28'24%, 15'04% para enfermedades del aparato circulatorio, siendo para patologías digestivas un 4'95%.

Para mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan un 42'40%, neoplasias un 16'52%, siendo el 9'86% para patologías respiratorias y de un casi 5% para enfermedades del aparato digestivo.

Se observa que en neoplasias existe una diferencia considerable entre varones y mujeres, con un 11'72% para los primeros, muy probablemente relacionado con consumo de alcohol y tabaco.

Para afecciones y otras patologías respiratorias los varones superan a las mujeres en un 5'185% con respecto a la mortalidad para enfermedades como EPOC, bronquitis crónicas e insuficiencia respiratoria, también relacionados con el consumo de tabaco en fumadores actualmente o exfumadores importantes.⁽²⁹⁾

FIGURA 3. Defunciones en ambos sexos. Castilla-La Mancha (de 65 y más) trienio 2000- 2002



Porcentaje global de defunciones en ancianos de más de 65 años.

TABLA IX. Prevalencia de FRCV * mayores en ancianos en España⁽²⁷⁾

FRCV	PREVALENCIA
Hipertensión arterial	50-70%
Hipercolesterolemia	35-69%
Diabetes	15%
Prediabetes	11-13%
Tabaquismo	22-25% Hombres 2% Mujeres
Obesidad	31,5% Hombres 40,8% Mujeres

La primera causa de muerte en los ancianos son las neoplasias malignas, con tasas mucho más elevadas en los hombres que en las mujeres. Le sigue a bastante distancia la enfermedad isquémica del corazón y el infarto de miocardio, con tasas similares entre hombres y mujeres. La tercera causa, la enfermedad cerebrovascular, tiene una tasa cruda total cercana a la causa anterior; la mortalidad por esta enfermedad es más elevada en los varones. La cuarta causa es la insuficiencia cardíaca, con una tasa más elevada en las mujeres, en especial en las muy ancianas; cabe mencionar que en los más ancianos las tasas son 12-13 veces superiores a las del otro grupo, es decir, la mortalidad por este proceso se concentra en gran medida en el grupo de mayor edad. Las demencias constituyen la quinta causa, tanto para el total como para los dos estratos de edad mostrados: esta causa también se concentra en gran medida en los más ancianos, en quienes la tasa no es muy diferente entre hombres y mujeres. La diabetes es la sexta causa con tasas más elevadas en las mujeres. En las causas siguientes, neumonías, gripe y aterosclerosis, la mortalidad se acumula en los más ancianos, en especial en la aterosclerosis. En la cirrosis hepática las tasas son ligeramente más elevadas en el grupo de 65-84 años que en el otro grupo. En cuanto a los accidentes y los suicidios, las tasas son más elevadas en los hombres que en las mujeres.

Destaca la fuerte concentración en los más ancianos de las muertes por insuficiencia cardíaca, aterosclerosis, demencias, neumonías y gripe, enfermedad isquémica del corazón e infarto de miocardio. En las neoplasias malignas y la enfermedad cerebrovascular la acumulación final no es tan evidente. También debe destacarse la elevada tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus en las mujeres.⁽³⁰⁾

Con respecto a las neoplasias, el cáncer colorrectal (CCR) es uno de los más

* FRCV = Factores de riesgo cardiovascular

La edad es el mayor factor de riesgo para desarrollar este tipo de cáncer. El 50% sucede en mayores de 70 años. Cabe destacar que entre el 30 y 60 % de estos pacientes, si son tratados, sobreviven a los 5 años, independientemente del sitio del tumor y del estadio.

El cribado con test de sangre oculta en heces puede adelantar el diagnóstico y, por tanto, el pronóstico.⁽³²⁾ Se puede reducir la mortalidad hasta un 23% en los grupos en los que se realiza cribado para este tipo de neoplasia.⁽³³⁾

En esta enfermedad el comienzo temprano de los síntomas aumenta la posibilidad de realizar el diagnóstico y hacerlo de forma temprana, tiene implicaciones pronósticas. Se deberá estar pendiente, por tanto, de los cambios en el hábito intestinal, hecatoquecia o melenas, síndrome constitucional, dolor abdominal y anemia.

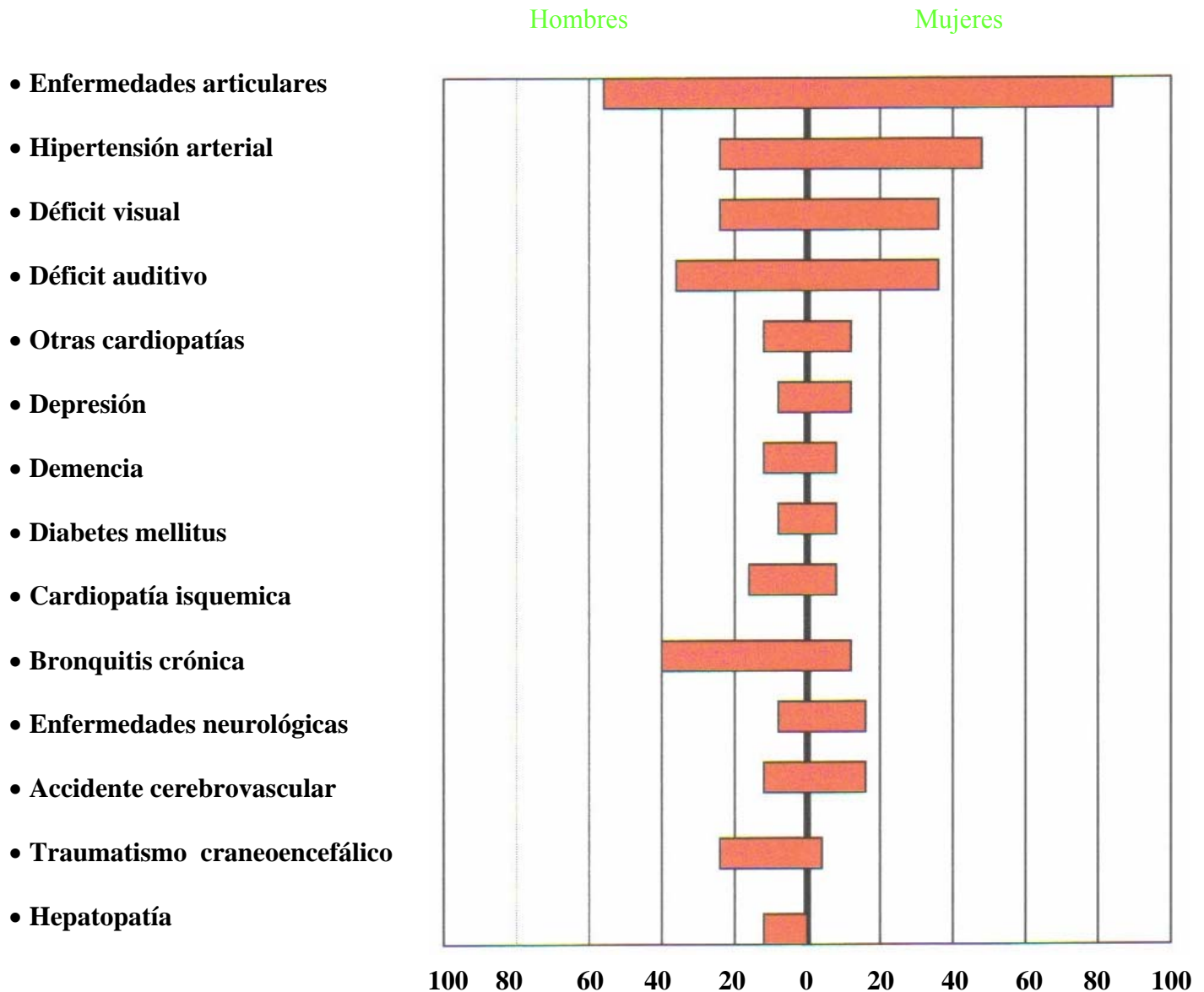
El 44% presentan dolor abdominal y el 11% anemia ferropénica.⁽³⁴⁾ El dolor abdominal se puede producir por obstrucción, perforación o diseminación peritoneal. La obstrucción conlleva mal pronóstico, independientemente del estadio.⁽³⁵⁾

Es de suma importancia los días transcurridos desde el primer síntoma hasta que se realiza el diagnóstico de certeza y tratamiento. Existen estudios nacionales que hablan de 76 días de media desde el comienzo de los síntomas hasta la primera consulta y 110 días hasta el diagnóstico de certeza.⁽³⁶⁾

Por tanto, el colectivo sanitario tiene la importante misión de intentar determinar esta patología lo más temprano posible. Minimizar síntomas en ancianos vulnerables con deficiente estado cognitivo puede resultar peligroso.

Finalmente, las obligaciones cotidianas de los cuidadores pueden interferir en la percepción de enfermedad, además no siempre los seres queridos están preparados para recibir una noticia de estas características, retrasando la consulta a veces por miedo.⁽³⁷⁾

FIGURA 4. Prevalencia de enfermedades en los ancianos según sexo. Estudio en tres barrios de Madrid, 1988 (de Bermejo et. al...1993).⁽³⁸⁾ Tomado de Piédrola. Pag: 873



4.4. MORBILIDAD

Las personas mayores presentan una elevada incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas. Algunos procesos, como la artrosis de cadera/rodilla, la obesidad y la hipertensión, muestran una elevada prevalencia en el grupo de 65-74 años, mientras que las cataratas, la insuficiencia cardíaca y el ictus se concentran a partir de los 75 años.

El 94% de los incontinentes institucionalizados en Centros de la Tercera Edad padecen dermatitis. Esta incontinencia afecta emocionalmente más a los hombres que a las mujeres, según ha asegurado Allan Cotteden, experto en incontinencia urinaria del

Universssity College London, durante un seminario sobre incontinencia y envejecimiento de la población.⁽¹⁰⁾

Las discapacidades más comunes respecto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son bañarse y las transferencias desde la cama, mientras que la dependencia en alimentarse es poco frecuente.

TABLA X. Percepción de la salud por la población anciana española (1997). Tomada de Piédrola. Pag: 874

Características	65-74 años (%)	>74 años (%)	Total (%) ^b
Enfermedades crónicas diagnosticadas			
Hipertensión arterial	30,2	30,4	11,4
Hipercolesterolemia	18,1	14,3	8,2
Diabetes mellitus	14,5	13,8	5
Asma o bronquitis crónica	9,2	13,8	5
Enfermedad del corazón	12,3	20,5	4,9
Dos o más enfermedades crónicas ^c	26,7	28,3	12,5
Accidentes en el último año	7,1	11,2	9,1
Consumo de medicamentos en las dos últimas semanas	77,7	81,9	47,6
Consumo de dos o más medicamentos en las dos últimas semanas	50,8	61,8	38,7
Consulta al médico de cabecera en las dos últimas semanas	36,6	41,5	25,4
Hospitalización en los últimos 12 meses	11,7	15,9	7,7
Ingreso hospitalario a través de urgencias	54,2	71,7	54,6
Acudir a un centro de urgencias en los dos últimos 12 meses	16,7	16,9	18,5
Independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)			
Población de 65 años y más			
Bañarse	95,3	84,3	—
Vestirse	98,4	93,8	—
Lavarse	98,6	94,1	—
Desplazamiento de la cama a un sillón	97,6	95,1	—
Comer	99	96,6	—
Valoración del estado de salud percibido			
Bueno o muy bueno	43,6	39,4	73,1
Malo o muy malo	16,5	21	6,9
Tabaquismo activo ^c	11,6	7,9	35,7
Consumo de alcohol en las dos últimas semanas ^c	36	29,6	52,3
Ejercicio físico en el tiempo libre	46,1	41,5	60,5

^a Se presenta el porcentaje de cada característica según grupos de edad y para el total de la población encuestada.

^b Total de la población encuestada (de todas las edades excepto cuando se indica).

^c Se estudió en la población de 16 años y más.

De Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, Madrid, 1997.

TABLA XI .Esperanza de vida en Europa en 1960-1990

	1960		1990	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
ALEMANIA	75.5	78.5	77.8	82.2
BÉLGICA	75.5	78.7	77.8	82.7
DINAMARCA	77.1	79.3	77.4	81.6
ESPAÑA	76.6	79.5	79	83.2
FRANCIA	75.6	79.5	79	84.2
GRECIA	76.9	78.6	79.2	82.3
IRLANDA	75.8	78.1	76.6	80.6
ITALIA	76.7	79.3	78.2	82.7
LUXEMBURGO	75.5	78.3	77.8	82.4
PAÍSES BAJOS	77.7	79.7	78.1	83.1
PORTUGAL	76.2	79.1	77.2	81.2
REINO UNIDO	75	78.9	77.6	81.7

Fuente: Demographic Statistics Yearbook, 1992.⁽³⁹⁾

4.5. ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN ALBACETE, CASTILLA- LA MANCHA Y ESPAÑA. TRIENIO 2000–2002

En Albacete (AB) y durante el trienio 2000 – 2002, se situó en 77,43 años en varones y de 82,98 años en mujeres. (+ 5'55 años para mujeres).

En Castilla la Mancha (CLM) fue de 79'69 años en términos globales, siendo de 77'10 años en varones y de 82'37 años en mujeres (+ 5'27 años para mujeres).

En España (ESP), la esperanza de vida al nacer fue de 76'04 años en varones y de 82'22 años en mujeres (+ 6'18 años para mujeres).⁽⁴⁰⁾

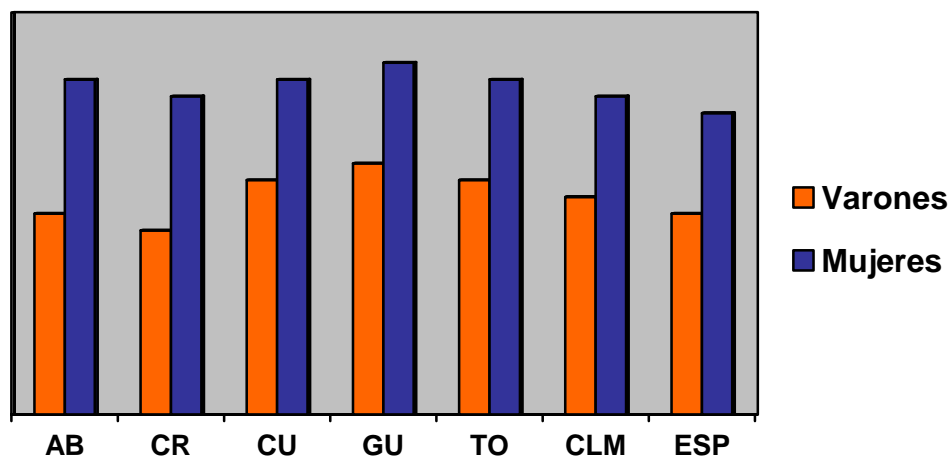


FIGURA 5

Fuente: Boletín Epidemiológico CLM. 2005.

5.- ANCIANO FRAGIL

Hasta el momento actual, el concepto de “fragilidad” se ha asociado a la presencia de múltiples factores sociodemográficos, clínicos, psicosociales y asistenciales.⁽⁴¹⁻⁴³⁾ En un intento de establecer la fragilidad como concepto o síndrome clínico diferenciado, ha sido redefinida recientemente por un grupo de geriatras y epidemiólogos americanos e italianos bajo el auspicio de la *American Geriatrics Society*,⁽⁴⁴⁾ siguiendo la definición, previamente establecida por Bortz,⁽⁴⁵⁾ como un “declinar generalizado en múltiples sistemas fisiológicos (principalmente, aunque no sólo, musculoesquelético, cardiovascular, metabólico e inmunológico) cuya repercusión final lleva a un agotamiento de la reserva funcional del individuo y mayor vulnerabilidad de desarrollo de múltiples resultados adversos que incluyen discapacidad y dependencia”. Bortz añadía que este estado es distinguible del proceso de envejecimiento y lo que es más relevante, susceptible de intervención activa y reversible.

TABLA. XII. Rasgos característicos de la enfermedad en el anciano frágil:

- Los síntomas son atípicos y poco específicos.
- No existe la esperada relación entre la clínica que presenta el paciente y el órgano enfermo.
- La pérdida de una función (física, mental, social) puede ser la primera manifestación de una enfermedad.
- Se produce la claudicación del órgano más frágil.
- Cuanto más tardío sea el diagnóstico, más costará la *restitutio ad integrum*.
- Debe buscarse el equilibrio entre el tratamiento “subóptimo” y el “encarnizamiento” terapéutico.
- No siempre se cumple el supuesto de que diferentes síntomas y signos son debidos a una misma enfermedad.⁽¹⁰⁾

Sin embargo, autores canadienses, con Rockwood a la cabeza, no comparten del todo esta definición por estimar que se inclina demasiado sobre la fragilidad física y no contempla otros factores (principalmente cognitivos, sociales y de adaptación al entorno) que también podrían ser relevantes en la predicción de resultados adversos.^(46, 47)

5.1. ¿QUIENES SON ANCIANOS FRAGILES-ANCIANOS DE RIESGO?

El anciano frágil, se considera una condición o síndrome, que resulta de la reducción multisistémica en la capacidad de reserva frente a agresiones externas, que le confieren un equilibrio inestable por su situación clínica, mental o social y un gran

riesgo de institucionalización. En estos ancianos, ante un factor estresante exógeno aumenta considerablemente la probabilidad de adquirir mayor discapacidad e incluso la muerte.⁽⁴⁸⁾

La mayoría de los ancianos tiene un nivel cultural bajo y socioeconómico medio, viven solos con su cónyuge de un modo autónomo y perciben su estado de salud como bueno, a pesar de la alta prevalencia de procesos crónicos. Mínima prevalencia de hábitos tóxicos. Hábitos alimentarios e higiénicos manifiestamente mejorables. Prevalencia excesiva de factores que pueden potenciar el riesgo de accidentes y caídas. Las mujeres alcanzan mejores puntuaciones en la escala de actividades. Se manifiestan como variables predictoras de fragilidad: edad superior a 75 años; estado civil no casado; vivir solo; puntuación en la escala de Barber superior a 0; percepción del propio estado de salud como regular, malo o muy malo; consumo diario de líquidos en cantidad inadecuada; efectuar una dieta no saludable; presencia de tres o más barreras arquitectónicas en el hogar; paseo diario inferior a 30 minutos; falta de práctica religiosa; puntuación del test de Adelaida inferior a 2; percepción de la propia actividad diaria como moderada o nula.⁽⁴⁹⁾

Definición: Fragilidad e Incapacidad:

De un modo genérico, la podríamos definir como aquel estado en que la reserva fisiológica está disminuida, lo que conlleva un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad. La incapacidad indicará la existencia de pérdida de función, mientras la fragilidad manifestará inestabilidad y riesgo de pérdida de función.

5.2. CRITERIOS DE DEFINICIÓN DE ANCIANO FRAGIL

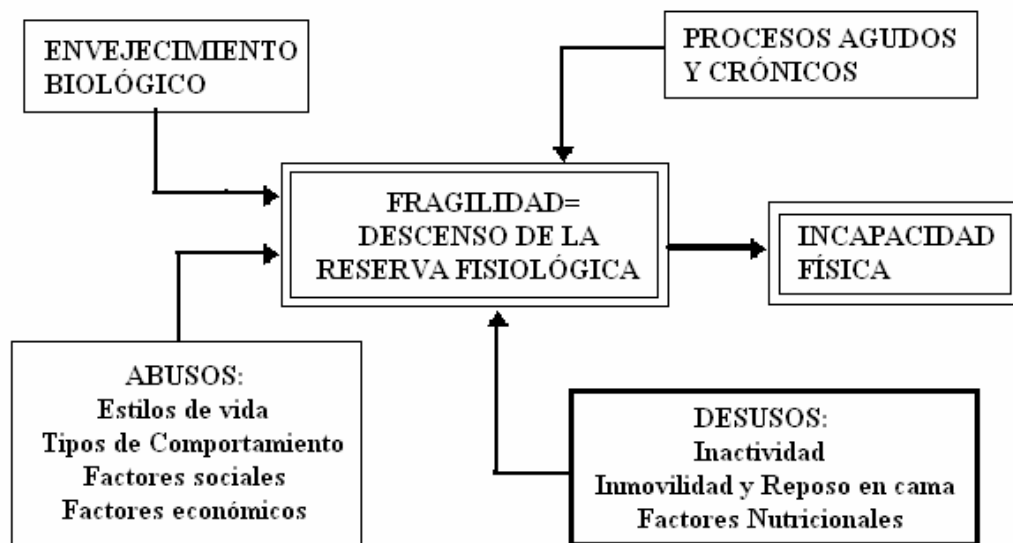
- Criterios clásicos
- Criterios médicos
- Criterios funcionales
- Criterios mentales
- Criterios sociodemográficos

Los criterios señalados, y que han sido los utilizados hasta ahora para identificar ancianos de riesgo o ancianos frágiles, no son suficientemente útiles, ya que proporcionan unas altas prevalencias. Los sujetos detectados deberían, idealmente, ser sometidos a valoración geriátrica exhaustiva, lo cual es prácticamente imposible en la realidad cotidiana.

El concepto no es estático. Las personas se encuentran en una escala continua que va desde el estado de completo vigor, fuerza, energía en un extremo, hasta la “fragilidad” en el otro.

El concepto de fragilidad, entendido de modo independiente a la incapacidad, es un concepto multifactorial. Como causas mayores de incapacidad cabe citar: inmovilidad, caídas, demencia, depresión, incontinencia, disfunción sexual, inmunodeficiencias, infecciones, malnutrición, estreñimiento, yatrogenia, insomnio, alteraciones de los órganos de los sentidos.

FIGURA 6



Modelo de Fragilidad propuesto por BUCHNER ⁽²⁹⁾.

TABLA XIII. Criterios de anciano frágil-anciano de riesgo que han aportado diversos autores hasta la década de los 80. Tomada de Piédrola ⁽²⁹⁾

AUTOR	COMS (17)	Taylor (18)	Williams (19)	Muir (20)	Williamson (21)	Solomon (22)	Winograd (23)	Salgado (24)
AÑO	1974	1983	1985	1985	1987	1987	1988	1992
1. CAUSAS MÉDICAS								
Patología crónica e invalidante				x				x
Hospitalización reciente		x	x	x	x			x
Deterioro mental				x				
Medicaciones múltiples					x		x	
Caídas recientes							x	
Dificultad locomotora				x				
2. FACTORES ASISTENC.								
Utilizac. Servic. soci comun					x			
Edad superior a 80 años	x	x			x			x
Paralizados en su domicilio								x
Residentes en instituciones	x							x
Dep. al menos en 1 ABVD	x		x			x		
3. FACTORES SOCIALES								
Vivir solo	x		x	x				x
Sexo femenino	x							
Sin hijos	x							
Soltero, separad, divorcia	x	x						
Pobreza	x							
Viudez reciente			x	x				
Cambio reciente de domicil			x		x			
Incap. severa del cónyuge	x							
Vivir en ambiente marginal					x			

5.3. FINANCIACIÓN Y COSTE PARA EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

La distribución de la participación económica en los gastos de mantenimiento, de modo orientativo, es la siguiente: la Comunidad Autónoma sufraga entre el 50 y el 60%; el Ayuntamiento, entre el 10 y el 20%; y los residentes entre el 30 y el 40%, aproximadamente. Respecto a este último dato, el de la aportación económica de los residentes, hay que tener en cuenta un dato muy importante: no debe superar el 70-75% de sus ingresos netos mensuales, excluyendo pagos extraordinarios y respetando en todo caso un mínimo de bolsillo.

El personal de las viviendas estará compuesto, como mínimo, por tres auxiliares, uno de los cuales será el encargado de coordinar la administración y el trabajo dentro de la vivienda. Además de un equipo profesional que tendrá funciones de valoración, información y orientación social.⁽⁵⁰⁾

6.- PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Los síndromes geriátricos son la expresión clínica de la fragilidad de los ancianos. La prevención, la valoración y el tratamiento de los síndromes geriátricos constituyen actualmente el núcleo principal de la atención geriátrica.

Los principales síndromes geriátricos son: la inmovilidad, las caídas, el síndrome confusional agudo, la depresión, la desnutrición, las úlceras por presión, la incontinencia urinaria, el estreñimiento, el síndrome del declinar, la yatrogenia, el abuso de ancianos y la sobrecarga de los cuidadores.

Un estudio realizado con 60 ancianos en un Hogar Provincial de Alicante (1990) cuyo objetivo era la prevención de la desnutrición en el anciano mediante valoración de su estado nutricional, concluyó que a medida que aumenta la edad tanto en hombres como en mujeres están aumentados los déficits de proteínas totales, pero en el caso de los hombres los déficits proteícos son superiores a los de las mujeres.

La importancia de este déficit se confirma en los estudios de Konntz, Hofstatter y Ackermann (1951), en los que sugerían que las personas ancianas tienen un requerimiento aumentado de proteínas.

Los depósitos de hierro presentan déficit considerable tanto en hombres (61%), como en mujeres (51%). Se requiere por tanto, una demanda más elevada de hierro nutritivo.

Es evidente que el mantenimiento de la ingesta energética y de nutrientes en unos niveles aceptables sigue siendo una tarea importante para todos los sanitarios.⁽⁵¹⁾

Consideramos importante reseñar la importancia en este grupo etario las caídas, y especialmente las caídas de repetición, ya que indican un marcador de fragilidad, pues expresan el inicio de dependencia funcional e incapacidad progresivas.

Hecho muy importante a tener en cuenta es que el 57% de los varones y el 56% de las mujeres que residen en instituciones sufren caídas de repetición.⁽⁵²⁾

Las caídas de repetición en la población anciana institucionalizada tiene una gran importancia ya que ocurren en un sector de la población “vulnerable o frágil” con mayor riesgo de morbi-mortalidad, inmovilización permanente o deterioro funcional secundario.

Se hace necesario identificarlas, prevenirlas y tratarlas precozmente.⁽⁵³⁾

Los programas de intervención multidisciplinaria e individualizada sobre los pacientes de alto riesgo, frágiles o vulnerables ingresados en residencias son los que han demostrado mayor eficacia.⁽⁵⁴⁾

Un aspecto muy importante para nosotros, y, con frecuencia pasa desapercibido, es la salud bucodental de nuestros mayores.

Hay evidencia que indica que la mala salud bucal es un factor de riesgo importante para la inflamación crónica. La mala salud bucal se relaciona con la elevación de factores sistémicos inflamatorios y hemostáticos y es un fuerte predictor de episodios coronarios.⁽⁵⁵⁾

La salud bucal afecta en gran medida a la capacidad de masticar y deglutir los alimentos e incide, por tanto, en la ingesta nutritiva de fibra, frutas y vegetales.⁽⁵⁶⁾

La mayoría de las enfermedades relacionadas con la edad y sus tratamientos farmacológicos originan cambios notables en el flujo de saliva y en su composición. La falta de secreción salival y los cambios en la composición de la saliva son factores de riesgo para la caries, enfermedad periodontal y la mucositis.⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾

El envejecimiento de las personas es un proceso muy heterogéneo en el que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. La OMS en los años cincuenta, recomendó la incorporación de la situación funcional en la valoración del estado de salud de las personas mayores, definiendo el modelo de valoración funcional e introduciendo los siguientes conceptos, muy utilizados:

- 1.- Deficiencia. Expresa la pérdida o anomalía de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica permanente o temporal; normalmente las deficiencias son secundarias a una enfermedad o accidente.
- 2.- Discapacidad. Expresa la objetivación de una deficiencia sobre el plano funcional; es una reducción o pérdida sobre el plano funcional para realizar una actividad dentro de los niveles considerados normales en el ser humano secundaria a la deficiencia.
- 3.- Minusvalía.- Expresa una desventaja derivada de las deficiencias y discapacidades que limita o previene la realización o el cumplimiento del papel que es normal para cada individuo; representa las consecuencias sociales y ambientales de las deficiencias y discapacidades.

7.- ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES

7.1. ATENCION GERIÁTRICA EN OTROS PAÍSES

Inicialmente debe considerarse el modelo del Reino Unido. Dicho modelo se basa en: a) una valoración biopsicosocial y funcional en que subrayan las capacidades funcionales; b) una atención continuada, especialmente después del alta hospitalaria, mediante dispositivos intermedios (como los Hospitales de día y las Unidades de media estancia, con objetivos rehabilitadores) y la potenciación del retorno al domicilio en lugar del ingreso en instituciones residenciales, y c) valoraciones e intervenciones realizadas por equipos interdisciplinarios formados por médicos, profesionales de enfermería, fisioterapeutas y trabajadores sociales.

En el otro extremo estarían aquellos sistemas sanitarios que han desplegado escasos recursos geriátricos como, por ejemplo, Portugal. España se halla en una

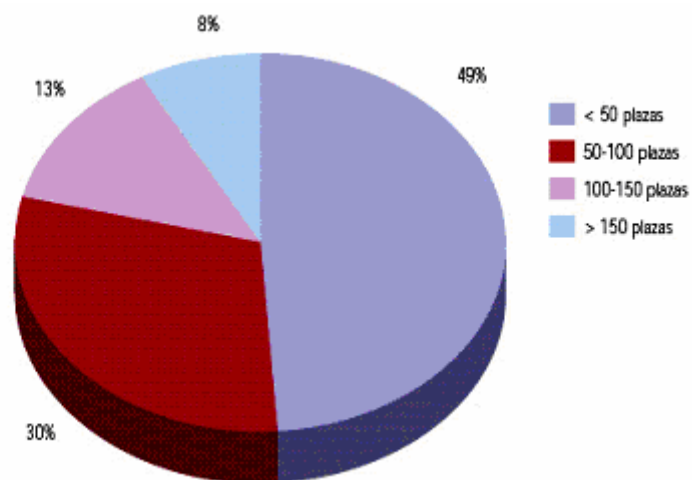
situación intermedia. La tendencia general en la mayoría de los países es hacia: a) la creación de equipos consultores de geriatría en los hospitales, así como programas de coordinación sociosanitarios entre diferentes niveles asistenciales, y b) la creación, en menor medida, de Unidades de geriatría de agudos en hospitales, o de programas estructurales tras el alta hospitalaria o de larga duración (Hospitales de día, Programas de atención domiciliaria, Unidades de convalecencia o media estancia, Unidades de larga duración), todo ello englobado bajo el nuevo concepto de Atención Sociosanitaria.

7.2. SITUACIÓN EN ESPAÑA

La atención sanitaria a las personas mayores en España no dispone en la actualidad de un modelo específico implantado de manera homogénea en todo el territorio español. La población anciana es atendida por la red pública sanitaria, que abarca a prácticamente toda la población y comprende la atención primaria, la hospitalaria y la de especialidades; no existen diferencias en la atención de las personas mayores en los niveles asistenciales, en cuanto a acceso a los servicios y prestaciones del sistema. Los Equipos de Atención Primaria son los responsables de proporcionar atención domiciliaria sanitaria a aquellas personas que no pueden desplazarse al ambulatorio. Un problema preocupante es la escasez de prestaciones geriátricas para las personas mayores con más necesidades geriátricas. Actualmente, los principales retos de la atención primaria en relación a los programas de atención específicos para las personas mayores son la mejora cuantitativa y cualitativa de los programas de atención domiciliaria sanitaria y la creación de sistemas de cribado y detección de casos de personas mayores en situación de riesgo sociosanitario.

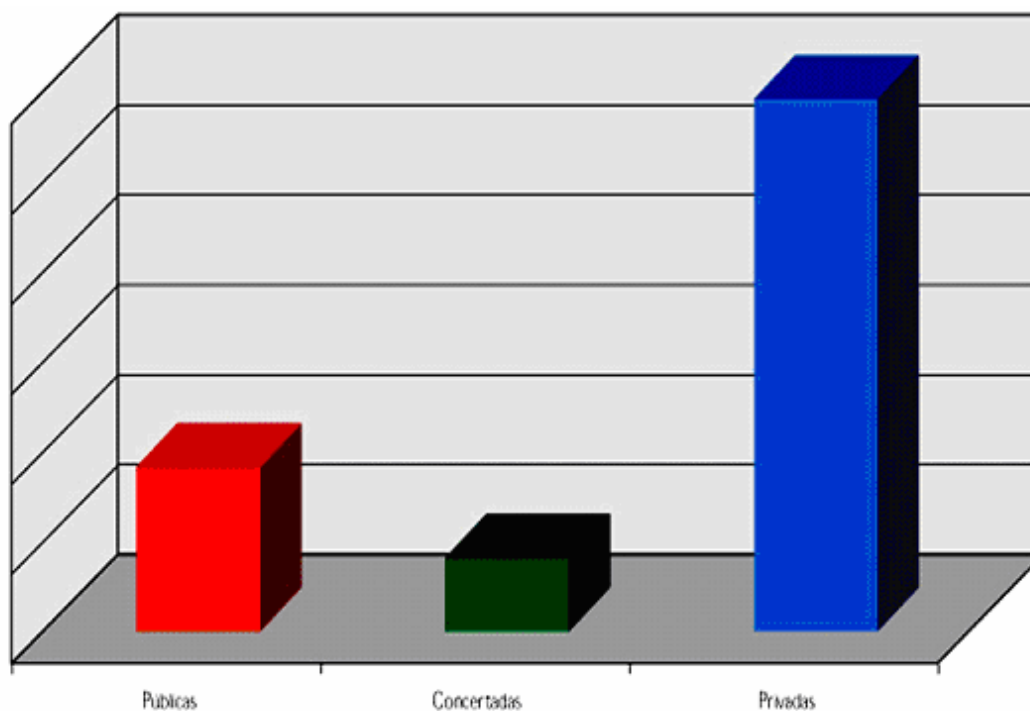
A nivel residencial, los últimos datos del INSERSO (1995) sobre plazas residenciales ofrecían la cifra de 163.338, lo que corresponde a una cobertura de 2,98 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. De ellas, un 32,5% eran públicas. La media de plazas residenciales de los países del ámbito de la OCDE (1996) es de 5,1 plazas por 100. Aunque en los últimos diez años ha habido un incremento importante de más de 82.000 plazas, apenas ha aumentado la proporción de cobertura (de 1,98 a 2,15 entre 1988 y 1998), debido al importante aumento de personas mayores de 65 años durante este período. Las recomendaciones del Plan Gerontológico para el año 2006 eran de una proporción de 4,5 plazas por 100 mayores de 65 años.⁽⁶⁰⁾

FIGURA 7. Situación en Castilla- La Mancha sobre plazas residenciales. Enero 2004



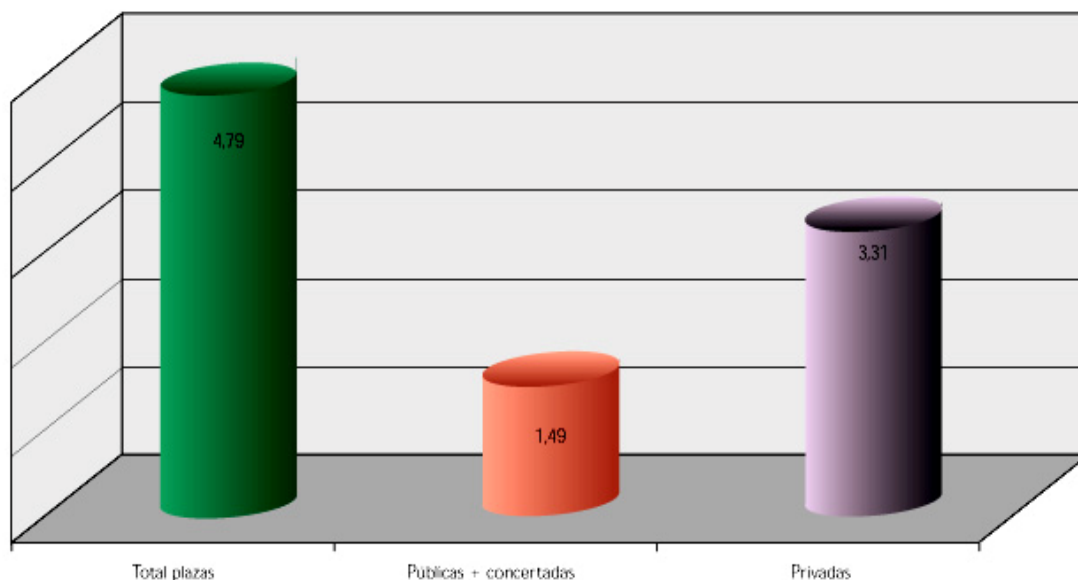
Fuente: Consejería de Bienestar Social. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y elaboración propia.

FIGURA 8. Centros residenciales. Distribución del número de plazas. Castilla-La Mancha, Enero 2004



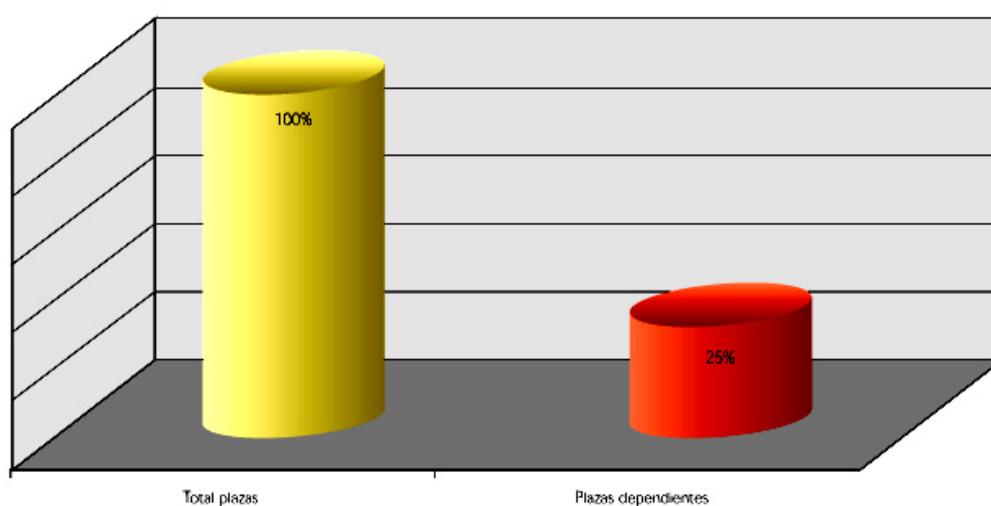
Fuente de Consejería de Bienestar Social. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y elaboración propia.

FIGURA 9. Centros residenciales. Índice de cobertura de plazas. Castilla-La Mancha, Enero 2004



Fuente: Consejería de Bienestar Social. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. INE (2004): Datos de Población. Padrón Municipal de Habitantes a 1 Enero de 2003 y elaboración propia

FIGURA 10. Plazas para dependientes en centros residenciales. (Porcentaje sobre total de plazas residenciales). Castilla-La Mancha, Enero 2004



Fuente: Consejería de Bienestar Social. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y elaboración propia.

7.3. VALORACIONES E INTERVENCIONES EN LAS PERSONAS MAYORES. NIVELES DE INTERVENCIÓN

Tres niveles de valoración e intervención:

1.- Un primer nivel, que ha de realizarse en todos los ancianos, se centra básicamente en aspectos de cribado y prevención de problemas de salud prevalentes y de selección de pacientes frágiles candidatos a valoraciones e intervenciones más “intensas”. Este nivel de actuación está muy poco extendido y en un futuro inmediato deberá potenciarse, tanto en la atención primaria de salud como en la atención hospitalaria. El objeto de la valoración es la detección de problemas para así adoptar las correspondientes medidas terapéuticas o preventivas; gran parte de las medidas son de prevención terciaria.⁽¹⁰⁾

2.- El segundo nivel corresponde a aquellas valoraciones e intervenciones realizadas a personas ancianas que consultan por problemas geriátricos. En este ámbito es necesario incrementar las “capacidades geriátricas” y el poder resolutivo frente a los problemas geriátricos de los médicos de atención primaria de salud y de los hospitales.

3.- El tercer nivel correspondería a la valoración geriátrica avanzada o exhaustiva, realizada por equipos especializados, para ancianos frágiles con problemas geriátricos complejos. Este nivel de actuación es recomendable en la atención de larga duración, tanto domiciliaria como institucional, y para subgrupos de alta fragilidad o en pacientes ancianos hospitalizados. Uno de los aspectos que en la actualidad generan más investigaciones es la selección de aquellos ancianos que pueden beneficiarse más de la valoración geriátrica avanzada y el coste-beneficio de estas valoraciones e intervenciones.

7.4.- PROMOCIÓN DE LA SALUD Y MEDICINA PREVENTIVA

La promoción de la salud desempeña un papel crucial para determinar en qué condiciones de salud los individuos llegan a la ancianidad, e impulsa el cambio secular hacia el “envejecimiento saludable”.

Para lograr estimular unos hábitos de vida saludables es importante entender las actitudes y los deseos de las personas mayores; esta comprensión permitirá una adecuada formulación de los programas de educación sanitaria. Muchos ancianos presentan cierta resistencia a los mensajes de educación sanitaria (p.ej., sobre abstención del tabaquismo o cambios en la dieta) pues consideran que las enfermedades son parte de un proceso natural inevitable y se hallan estrechamente vinculadas con la edad; por ello es difícil que modifiquen sus estilos de vida. Determinadas épocas o estados como la jubilación, la viudedad, las enfermedades agudas o las fases iniciales de una discapacidad, son más propicias para la educación sanitaria. También algunos profesionales mantienen puntos de vista negativos sobre el envejecimiento, e incluso consideran una pérdida de tiempo el consejo preventivo o los cribados.

La promoción de la salud en las personas mayores tiene los siguientes objetivos

específicos en razón a su singular constelación de problemas: prevenir la enfermedad, preservar la capacidad funcional y evitar el deterioro físico y mental, prolongar el período de vida independiente, mantener y potenciar la calidad de vida, y mantener al individuo en su hogar y entorno.

Según el esquema clásico, las actividades preventivas se clasifican en prevención primaria, que son aquellas medidas que se instauran para evitar el inicio de la enfermedad; prevención secundaria, enfoca al diagnóstico y tratamiento precoz, al cribado sistemático, a la búsqueda de casos o detección oportunista, a la posposición de los problemas de salud con tratamientos sintomáticos y al consejo preventivo, y prevención terciaria, orientada a evitar la progresión de la enfermedad y a posponer el desenlace final mediante el tratamiento, así como a resolver o paliar las secuelas mediante la rehabilitación y reinserción.

La mayor parte de medidas serán de tipo terciario. Algunos problemas de salud pueden beneficiarse de diferentes niveles de intervención. Así, por ejemplo, para la prevención de las caídas y las fracturas de fémur o vertebrales es posible recomendar la ingestión de calcio y vitamina D (prevención primaria), el cribado de alteraciones en los órganos de los sentidos o alteraciones de la movilidad (prevención secundaria) y la reeducación de la marcha después de una caída (prevención terciaria). En las personas ancianas es corriente que un problema de salud concreto plantee múltiples acciones preventivas. En las personas mayores es posible desarrollar estrategias específicas centradas en la prevención funcional o de la discapacidad, así como en la prevención de los síndromes geriátricos. Es un error pensar que la prevención ha de limitarse a los ancianos sanos.

En los últimos años se han publicado diversas estrategias de prevención y cribado funcional de síndromes geriátricos, y han aparecido documentos y protocolos de consenso de diferentes instituciones y sociedades científicas.

TABLA. XIV. Actividades preventivas recomendadas en las personas de 65 años y más.
Tomada de Piédrola. Pág. 882

Tema	Actividad	Periodicidad*
Vacunaciones		
Tétanos y difteria	Dosis de recuento	Cada 10 años
Gripe	Vacunación	Anual
Infección neumocócica	Vacunación	Cada 5 años
Cribados		
Exceso de peso y desnutrición	Registro de peso y talla	Anual
Hipertensión arterial	Registro de la presión arterial	Anual
Cáncer de mama	Exploración mamaria	Anual
	Mamografía	Bienal (de 65 a 69 años)
Cáncer de cuello uterino	Citología vaginal	1 vez
Cáncer colorrectal	Detección de sangre oculta en las heces	Anual (50-75 años)
	Sigmoidoscopia	Por definir
Trastornos visuales	Agudeza visual	Anual
Trastornos auditivos	Agudeza auditiva	Anual
	Canal auditivo (tapón de cera)	Anual
Salud bucodental	Examen físico	Anual
Valoración geriátrica	Valoración clínica, funcional, mental y social	Anual (a partir de 75 años)
Consejos primarios		
Consejo alimentario	Consejo específico	Anual
Actividad física	Consejo específico	Anual
Consejo antitabaco	Consejo específico	Anual
Consumo de alcohol	Consejo específico	Anual
Accidentes y caídas	Consejo específico	Anual

* Son actividades recomendadas para el examen de salud anual, a excepción de cuando se indica

En el período entre 2001 y 2003 se llevó a cabo el I Plan de Ampliación de Plazas Residenciales para Personas Mayores, que supuso la puesta en marcha de más de 2.100 nuevas plazas residenciales. Se puso en funcionamiento el denominado “modelo alemán”, por el que determinados recursos residenciales son construidos por empresas privadas, mediante una concesión administrativa de la Consejería de Bienestar Social, y gestionados durante 40 años, siendo todas sus plazas públicas y financiadas por la Junta de Comunidades. Tras estos 40 años de concesión, la propiedad de la residencia, con todo su equipamiento, pasará a manos de la administración autonómica.⁽⁶¹⁾

Pero el dato quizá más significativo es el que hace referencia a las plazas totales que existen en Castilla-La Mancha si se habla de residenciales, viviendas y estancias diurnas. En estos momentos son más de 9.000 las plazas disponibles, actualizadas en 2005, que hace que sea una de las comunidades autónomas mejor preparadas en este sentido.

De hecho, en estos momentos se ha comenzado ya a elaborar el que sería el II Plan de Ampliación de Plazas Residenciales, un proyecto que todavía se encuentra en estudio pero que, en un primer momento, estará formado por seis residencias. A saber: 120 plazas en Villarrobledo, La Solana, Corral de Almaguer y Bargas; y 160 en Guadalajara y Hellín.

Residencias que contarán además con Centros de estancia diurnas de entre 20 y 40 plazas, además de Unidades de atención a demencias – específicas para atender los casos de enfermos de Alzheimer – con 30 plazas cada una.

Recordemos que por residencias de mayores se entiende aquellos centros de carácter social o socio-sanitario que ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral a las personas mayores, en función de su grado de dependencia. En todas ellas deberán garantizarse los siguientes servicios: alojamiento, cuidados personales y alimentación; atención social y psicológica (actividades de ocio y tiempo libre, integración y participación y comunicación con los familiares); asistencia médica y cuidados sanitarios; atención geriátrica y rehabilitadora; y otros servicios como peluquería, podología, etc.

Se dividen en minirresidencias, hasta 35 plazas; residencias de tamaño medio, entre 36 y 80 plazas; y grandes residencias, más de 80 plazas. Y tendrá un reglamento de régimen interior, con el fin de garantizar los derechos y deberes de los usuarios, las normas específicas de convivencia, los horarios del centro, el régimen de visitas, salidas y comunicaciones con el exterior, la planificación de los usuarios en la planificación de actividades, las causas de pérdida de la condición de residente y otras cuestiones que afectan al funcionamiento del centro.

7.4.1. Ética de la Atención Geriátrica

“EL ANCIANO ES CLAVE EN EL ABORDAJE DE SU MALTRATO.”

En caso de maltrato al anciano sólo está justificada una actuación en contra de su voluntad si la víctima no dispone de la capacidad mental suficiente para tener conciencia del riesgo que corre, según el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB).

La opinión del anciano se debe tener en cuenta en el diseño de cualquier estrategia de abordaje del maltrato. Sólo en caso de personas mayores vulnerables, sin capacidad mental suficiente para tener conciencia del riesgo que corren y protegerse por ellos mismos, o cuando se constata la comisión de un delito, estará justificada la intervención contra su voluntad, poniéndola en conocimiento de los trabajadores sociales y de los servicios de protección al anciano e iniciando los procedimientos judiciales mediante el correspondiente comunicado.

Esta es una de las indicaciones del último Informe de la serie Cuadernos de Buena Praxis del COMB y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña que, bajo la coordinación de Antonio Yuste, vicepresidente de la Sociedad Catalana-Balear de Geriátrica y Gerontología, y Roger Bruguera, abogado del COMB, ha dedicado su número 20 al maltrato del anciano.

El trabajo insiste en que el profesional sanitario tiene que conocer los factores de riesgo, los indicadores de sospecha, la normativa existente y las vías de actuación jurídica en el maltrato a la gente mayor para poder ofrecer la atención y protección idónea, como es obligación del facultativo.

“Es responsabilidad de los profesionales que atienden a la gente mayor velar por el cumplimiento y la protección de sus derechos económicos, sociales y culturales, así como de sus derechos civiles, evitando cualquier forma de vulneración de éstos”. El médico, pues, debe conocer los indicadores generales de sospecha de maltrato.

Actuación integral

Pero ¿qué sucede si se percibe que existe maltrato? “No puede haber detección sin intervención”. En caso de comprobar que se está ante un episodio de maltrato el médico debe establecer un plan de actuación integral, que contemple la situación física, psíquica y social, mediante la participación de un equipo multidisciplinar de expertos que por encima de todo “garanticen la seguridad y la autonomía de la persona”.

Una vez valorado el riesgo inmediato, las causas, la voluntad del paciente y las posibilidades de intervención, la conducta medicolegal que se recomienda varía según la competencia de la víctima y la gravedad del riesgo: si la víctima no es competente y existe riesgo de daño grave se le tiene que separar del agresor.

A veces se debe iniciar la solicitud de incapacitación legal o comunicar al Juzgado la necesidad de institucionalización. Si no existe riesgo de daño grave se deben plantear otras soluciones, como evitar factores de riesgo: si, por ejemplo, el conflicto es por sobrecarga del cuidador, buscar apoyo institucional para atender al anciano.

Pero si la víctima es competente y no acepta la intervención, se deberá preservar el derecho de autonomía y respetar sus deseos, aunque se tiene que valorar la posibilidad de que actúe por coacción o miedo a represalias, y “se deberá trabajar para que el paciente decida por él mismo que es lo que más le conviene”.⁽⁶⁰⁾

RESPUESTA LEGAL EN FUNCIÓN DEL TIPO DE MALTRATO

TABLA XV. Tomada de Diario Médico. Noviembre 2005. Pág. 11

Maltrato	Respuesta legal	Cómo se articula
Físico	Delito de violencia doméstica (art. 153 del Código Penal, CP)	Denuncia penal Comunicado judicial
Sexual	Delito de violencia doméstica Delito abuso sexual (art. 181 del CP)	Denuncia penal Comunicado judicial
Emocional	Delito de coacciones (art. 172 del CP) Delito de maltrato emocional (art. 173 del CP) Delito de amenazas (art. 169 del CP)	Denuncia penal Comunicado judicial
Económico	Delito de apropiación indebida (art. 252 del CP) Delito de estafa (art. 248 del CP) Delito de utilización de ancianos para mendigar (art. 232 del CP) Tutela/curatela/defensor judicial	Denuncia penal Comunicado judicial Demanda de incapacitación
Negligencia/ Abandono	Delito de abandono de personas incapacitadas (art. 229 del CP) Delito de denegación de asistencia sanitaria (art. 169 del CP) Tutela/defensor judicial	Denuncia penal Comunicado al Juez Demanda de incapacitación

7.4.2. LA NECESIDAD DE FORMACIÓN

El informe alerta de que, aunque los médicos son los que están en mejor posición para detectar los casos de maltrato a mayores debido a la confianza que la mayoría de ancianos les depositan, muchos no son capaces de diagnosticar el problema porque este tipo de actuaciones no han conestado en su aprendizaje profesional y, en consecuencia, no forman parte de su lista de diagnósticos diferenciales. En este sentido, el facultativo debe aprender a identificar los factores de primaria antes de que suceda el maltrato. “La necesidad de una prevención y una intervención precoz obliga a los profesionales a detectar a las personas más sensibles de sufrir maltrato y los cuidadores más propensos a infligirlos”.⁽⁶¹⁾

7.5. INSTITUCIONALIZACIÓN

El ingreso en residencias ha sido denominado con el concepto de institucionalización, para diferenciarlo de la atención comunitaria y denotar su carácter de especialización. Los ancianos válidos al ingreso en el centro dejan de realizar tareas por un mecanismo de ajuste de su conducta a la vez que pueden adoptar una actitud pasiva; efecto generador de dependencia.

Se evaluó la influencia que ejerce la institucionalización en la autonomía de un anciano en el momento de su ingreso en una residencia geriátrica de válidos y comparado con el obtenido tras año y medio de institucionalización.

Se concluyó en que dentro de una institución el programa de adaptación del anciano debería tener como prioridad la adaptación organizativa del centro a las verdaderas necesidades de los usuarios, no al revés, implicando en este proceso siempre a la familia...todo en pro de fomentar en todo momento la autonomía tanto física como psicológica del anciano.

Apoyo social

La mayoría de los ancianos viven en familia y parece preguntarse cómo lo hacen: ¿queridos, ignorados o soportados?

El cálculo estadístico del sentimiento no es fácil, pero en decenas de conversaciones privadas con mujeres cuidadoras, el hartazgo es manifiesto.⁽⁶²⁾

Diversos autores han demostrado un riesgo aumentado de morbilidad en el cuidador principal, frecuentemente infradiagnosticada. Es significativo el elevado porcentaje de malestar físico y psíquico detectado, como ocurre en otros trabajos de similares características.

Ante el progresivo deterioro del enfermo, la situación del cuidador se agudiza y suelen aparecer reacciones tales como tristeza, preocupación, sensación de soledad, depresión, agresividad, vergüenza o impotencia y frustración.

En un estudio realizado en el Centro San Agustín de Burgos se destacó el uso de la escala de Goldberg. Su versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria, teniendo una sensibilidad del 83%, especificidad (82%) y valor predictivo + adecuados (95%). La existencia de mayores niveles de ansiedad/depresión y/o estrés en cuidadores de ancianos con deficiencias sensoriales, mentales y neurológicas indica una mayor necesidad de intervención en estos pacientes.⁽⁶³⁾

Frases más destacadas como resultado de sobrecarga de cuidadores y familiares:

- “No soporto más a mi madre”. “No puedo más”.
- La recomendación: “Papá (o mamá) vas ha estar de maravilla en una residencia”, es frecuentemente recibido como un edicto de expulsión y desamor.
- “Mis pobres hijos trabajan tanto que no tienen tiempo para nada...” (de puertas a fuera: actitud comprensiva).
- Propuesta de una madre octogenaria a su hija de 52 años: “Hija mía, te pago lo mismo que ganas en tu trabajo, si me cuidas tú en lugar de la señora que queréis contratar los hermanos. No quiero que una extraña me limpie”.
- Testimonio de un ayudante sanitario de un hospital madrileño: “Hijos que sólo vienen a fin de mes a ver que queda de la pensión de su madre; dos hijas que aparcan a su madre en el hospital y se van de vacaciones sin dejar un teléfono de contacto, hermanos que visitan a su padre a diferentes horas para ver qué pasa con el testamento. Igual que las familias que ingresan a los ancianos todos los fines de semana a través de urgencias, alegando dolencias que no existen, y hasta que son analizados ganan tiempo y el fin de semana”.
- La atención a los ancianos puede llegar a hacerse insoportable cuando exige cuidados de larga duración.
- Charo tiene 56 años, padece artrosis, duerme mal, hace cuatro años que no toma vacaciones y debe mover los 80 kilos de peso de su madre. “Mis hermanos, dice, vienen de visita alguna vez pero no me sirven de ninguna ayuda. Creen que eso es “obligación mía”. Una noche que se fue a la cama a las tres de la madrugada, su madre volvió a llamarla. “Se ha ido a descansar, que se encuentra muy agotada le dijo la asistente peruana”. “Pues despiértala que para eso es mi hija”. Charo decidió vender el piso, comerse los ahorros y buscar una Residencia.
- Una agobiada generación cuida de sus mayores y debe ocuparse también de sus hijos.⁽²⁶⁾

Apoyo social y familiar

- Los progresivos cambios sociológicos y culturales registrados en la sociedad española modifican el formato familiar y afectan a la relación de las personas de más de 65 años con sus hijos cuidadores. El déficit de cariño en numerosos hogares causa depresiones y conflictivas convivencias entre ancianos discapacitados y sus parientes, sujetos a una fuerte presión.
- Las familias con mayores discapacitados a su cargo, la mayoría ancianos, soportan una presión de tal intensidad que frecuentemente la vida y el trabajo de los parientes cuidadores sufren graves alteraciones.

- El proyecto de ley que ultimó el Gobierno y los agentes sociales permitirá la puesta en marcha de un sistema nacional de servicios básicos a las personas dependientes.
- La tasa de asistencia del servicio a domicilio es sólo de 3,1%.
- No es lo mismo vivir solo que ser abandonado.
- Un total de 137.413 ancianos viven solos en Madrid.
- España dedica el 20% del PIB a protección social, frente a un 36% de Suecia. Según datos publicados por Eurostat (2002), España ocupó el penúltimo lugar, por delante de Irlanda, en cuanto al gasto social.
- Las familias recibieron en el año 2001 cerca de 8.000 euros anuales por persona mayor de 65 años en España, en torno a la mitad de la media de los Quince, frente a los más de 20.000 de Dinamarca y Luxemburgo. Austria, Alemania, Reino Unido, Países Bajos y Suecia dedicaron a la familia entre 18.000 y 20.000 Euros.⁽²⁸⁾

De un modo más reciente, se ha estimado mayor probabilidad si un sujeto cumple dos o más de estas características: debilidad, poco apetito, malnutrición, pérdida de peso, trastornos de la marcha, confusión, incontinencia, depresión.

Otros autores consideran frágiles a los ancianos con pérdida de audición o de visión, debilidad muscular y trastornos mentales; o bien con presentación atípica de la enfermedad; o bien a los que tienen necesidad de utilizar servicios sociales comunitarios, así como a los que están institucionalizados.

I.- Como factores que determinan la fragilidad cognitiva cabe señalar:

- A.- Variables psicosociales.
- B.- Cambios cognitivos asociados a la vejez.
- C.- Entidades clínicas asociadas a fragilidad.

Entre otras: HTA, enfermedad cardiovascular, EPOC, diabetes mellitus, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, cáncer, enfermedades tiroideas, polimedicación, deficiencias sensoriales, hábitos tóxicos e higiénicos, exposición a tóxicos ambientales.

II.- Fragilidad afectiva:

Si se considera que hasta el 25% de los ancianos padecen algún tipo de trastorno psíquico y que los trastornos por ansiedad y los depresivos son los más frecuentes en este grupo de edad, la identificación de factores de riesgo asociados a ellos podría ser una forma de identificar al anciano afectivamente frágil.

Como factores para padecer depresión se puede citar:

- A.- Factores biológicos.
- B.- Factores de tipo médico.
- C.- Funcionales.

D.- Psíquicos. Episodios depresivos previos, alcoholismo, ansiedad, conflictos no resueltos, demencia, trastornos de la personalidad.

E.- Sociales. Viudedad, ubicación fuera del domicilio habitual, vivir solo, bajos recursos económicos, escaso soporte social, pérdidas recientes, estado civil no casado, ateísmo y agnosticismo.

La soledad es un problema para el 60% de las personas mayores de 74 años. Los ancianos que viven solos son más vulnerables a la pérdida de salud y bienestar y esta pérdida es con frecuencia bastante rápida.

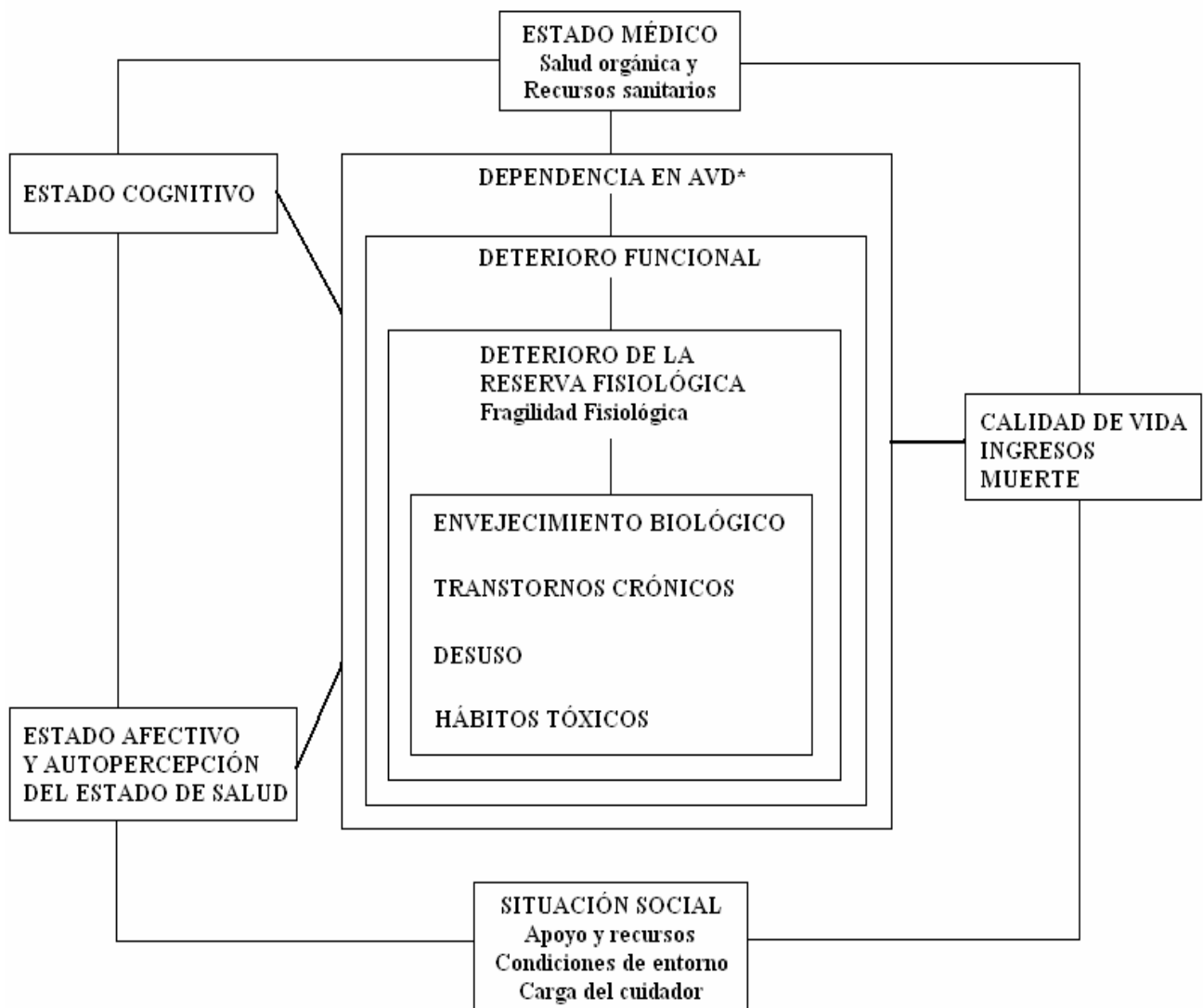
Se proponen unas medidas o recomendaciones:

- Identificar grupos de alto riesgo, tales como sujetos de hábitat urbano, solteros y divorciados.
- Usar indicadores objetivos de soledad (nº de contactos, frecuencia, etc).
- Aconsejar al paciente y a la familia.
- Ayudar a crear redes de contacto social a través de asociaciones, aulas de mayores, asistencia a centros de día y en instituciones cerradas aumentar en número y variedad las actividades recreativas.⁽⁶⁴⁾

III.- Fragilidad social:

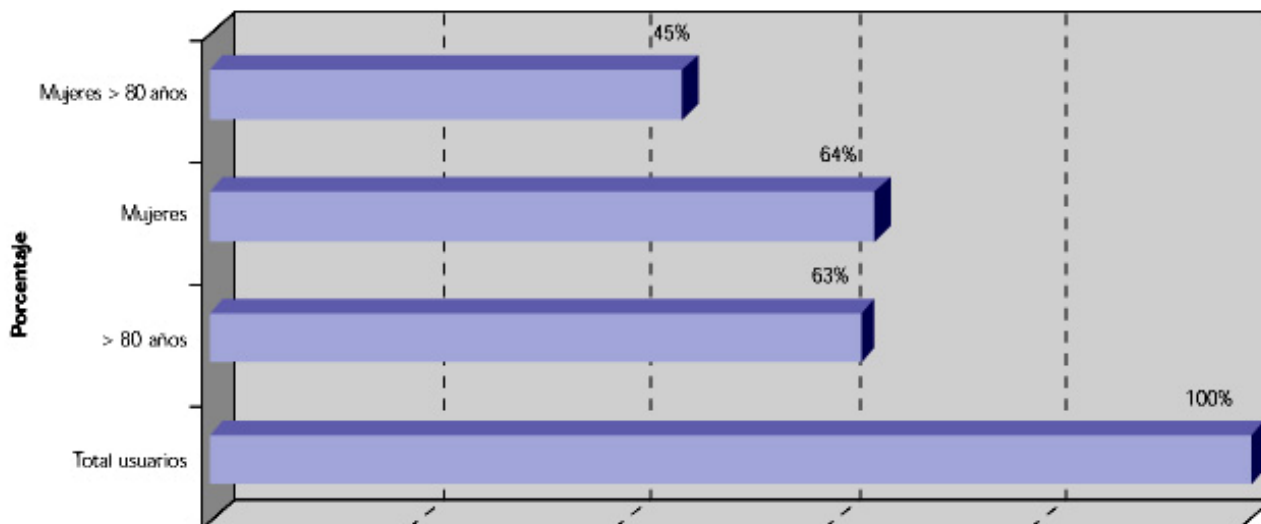
Muy condicionada por la jubilación (como situación de aislamiento social), la situación económica precaria, vivienda inadaptada, familia con sus conflictos generacionales, emigración, con la carga de marginación que ello supone.

FIGURA.11. Deterioro general del anciano



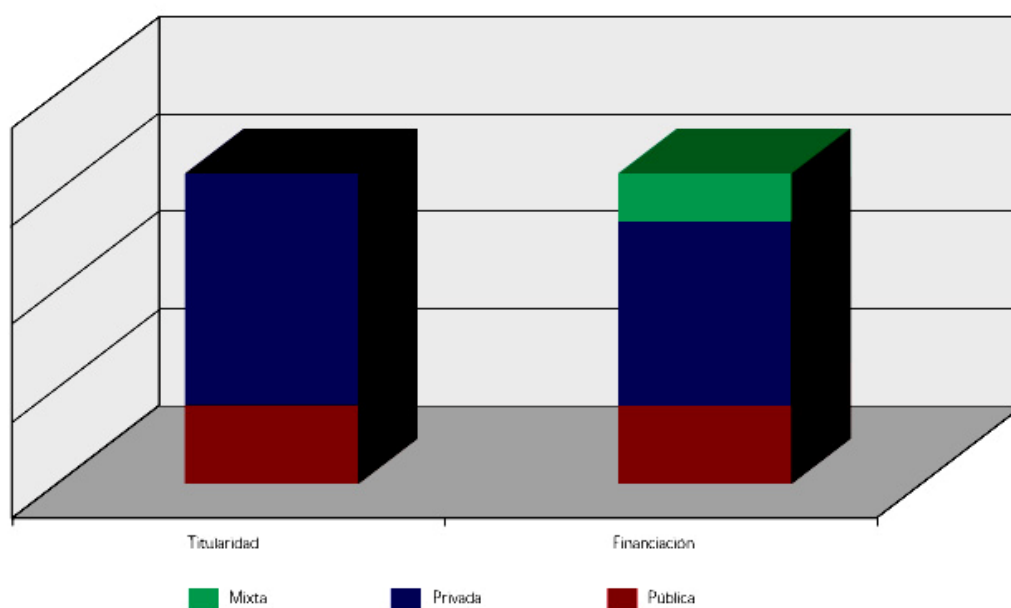
* AVD = Actividades Básicas de la Vida Diaria

FIGURA 12. Centros públicos residenciales. Perfil del usuario. Castilla-La Mancha. Enero 2004



Fuente: Consejería de Bienestar Social. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y elaboración propia

FIGURA.13. Centros Residenciales. Distribución del número de centros según titularidad y financiación. Castilla-La Mancha. Enero 2004



Fuente: Consejería de Bienestar Social. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y elaboración propia

7.5.1. NORMATIVA INTERNA DE LOS RESIDENTES. DERECHOS DE LOS RESIDENTES.

- 1) El Centro dispone de un reglamento de derechos y deberes de los residentes, aprobado por el órgano competente, que es dado a conocer de modo claro e inteligible, tanto a todos los residentes, como al personal del Centro. A toda persona que ingrese se le entregará, en forma escrita, la normativa sobre los aspectos particulares del Centro y se le explicará verbalmente para garantizar que la ha entendido.
- 2) Todos los residentes tienen derecho a mantener relaciones con sus familias y allegados, respetando las normas del Centro. Los residentes y familiares tienen derecho a ser informados de cualquier cambio que pueda originarse en la dinámica de funcionamiento de la residencia.
- 3) Toda persona que ingrese en una residencia tendrá derecho a una asistencia personalizada y un plan de cuidados individuales, respetándose sus preferencias y su capacidad de decisión. En centros con residentes en situación de dependencia se dispone de una figura de referencia para cada residente (adicional al director), que vele por sus derechos.
- 4) Todos los residentes tienen derecho a una atención sin discriminación por razón de edad, sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra circunstancia personal o social, tienen derecho al máximo respeto de su persona y a recibir un trato correcto por parte del personal y otros residentes.
- 5) Todos los trabajadores del Centro están sometidos al secreto profesional y confidencialidad de los datos personales, historia de valoración, seguimiento y expediente del usuario, así como toda la información a la que tengan acceso en el desarrollo de su labor profesional.
- 6) Todos los residentes tienen derecho a recibir una información clara y completa sobre su trayectoria en el centro, sobre las condiciones y normativas del centro y toda la información que el individuo considere relevante.
- 7) Todos los residentes tienen derecho a la toma de decisiones sobre todo lo concerniente a su vida e, incluso, en los momentos próximos a la muerte (siempre que no se transgredan los derechos de otros o los principios profesionales). Todos los residentes tienen derecho a una muerte digna.
- 8) Todos los residentes tiene derecho a estar informados de manera completa y a decidir su incorporación en estudios o investigaciones clínicas, sabiendo que pueden negarse a ello sin que esto represente ninguna clase de discriminación por parte del personal del Centro o la entidad.
- 9) Todos los residentes tienen derecho a conocer a los profesionales del Centro y derecho a conocer quién es la persona o personas a las que puede dirigir sus preguntas o solicitar informaciones sobre cuestiones relacionadas con el Centro, su organización, su estancia en él y a ser recibido en horarios convenientes para

ambas partes.

- 10) Todos los residentes tienen derecho a la información y a la participación democrática, en los términos establecidos en las leyes y normativas al respecto.
- 11) Todos los residentes tiene derecho a mantener su vida cultural, social o política, salvaguardando en cualquier caso, el legítimo pluralismo de opinión.
- 12) Todos los residentes tiene derecho a expresar las sugerencias o reclamaciones que consideren necesarias, ante la dirección del Centro.
- 13) Todos los residentes tienen derecho al cumplimiento en la prestación de los servicios, en las condiciones establecidas, acordadas y convenidas contractualmente, entre el residente o tutor y el centro.
- 14) Todos los residentes tienen derecho a considerar como domicilio propio el establecimiento residencial que lo acoge así como a ejercer sus derechos individuales, con especial alusión al ejercicio de la vida afectiva y la libertad de expresión.⁽⁶⁵⁾
- 15) Todos los residentes tienen derecho a la intimidad en su proceso de atención, independientemente de las condiciones estructurales del centro.
- 16) Todos los residentes tiene derecho a la atención sanitaria que sea precisa, por los servicios propios de la residencia, los servicios del sistema público de atención primaria, hospitalaria u otros servicios ajenos o privados del residente, según su elección.
- 17) Todos los residentes tienen derecho a la tutela de las autoridades públicas para garantizar el disfrute de los derechos establecidos.
- 18) El residente tiene derecho a recibir la información adecuada y suficiente sobre los programas y tratamientos oportunos, incluyendo beneficios, desventajas y posibles alternativas. Cuando el usuario no se halla en condiciones de recibir información ni de tomar decisiones, el Centro promueve la consulta a la familia o su tutor.

7.5.2. DEBERES DE LOS RESIDENTES:

- 1) Colaborar al máximo en el cumplimiento de las normas internas del Centro.
- 2) Respetar las condiciones de admisión, estancia y salida del Centro, recogidas en la reglamentación o contrato.
- 3) Debe colaborar en la vida cotidiana del Centro, en su autocuidado (según sus capacidades) y en llevar una vida activa.
- 4) Tratar con el máximo respeto al personal del Centro y a los otros residentes.

- 5) Todo residente tiene el deber de respetar la intimidad, el reposo y la tranquilidad de los demás residentes.
- 6) Respetar y cuidar las instalaciones y equipos que utilice y colaborar para su mantenimiento en buen estado.

7.5.3. OTROS ASPECTOS:

- El Centro debe facilitar la adaptación del residente y sus familiares, tanto en la fase previa al ingreso, como en posteriores.
- El Centro debe disponer de un expediente individual por usuario, con historia de valoración, plan de cuidados, tratamiento, protocolos y registro de incidencias.
- El Centro debe contar con un Consejo de Mayores o Junta de Gobierno y un sistema de participación democrática de los usuarios o sus representantes sociales, que se reúna con la dirección, al menos, dos veces al año.
- El Centro debe permitir a los usuarios la personalización de los espacios privados. En cualquier caso, si existen habitaciones compartidas, el propio Centro velará por no invadir los derechos de los otros residentes.
- El Centro tiene definido un *plan de actividades* (al menos con periodicidad anual), que fomente la participación e integración de residentes y familias, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias individuales. Dicho plan será publicado y conocido por todos.
- Se evitara en la residencia situaciones perniciosas y no deseadas por el residente, tales como aislamiento, soledad o marginación.
- Se establecen por escrito los criterios de distribución de habitaciones, por perfiles de dependencia, convivencia y relación.
- El Centro cuenta con un *Plan asistencial*, en el que se detallan al menos las áreas y criterios de intervención, servicios y modelos de valoración y seguimiento. El Centro dispone de registros escritos para el control de todos los procesos asistenciales.
- El equipo técnico del Centro realiza reuniones de coordinación con una periodicidad mínima quincenal.
- El Centro tiene definidos y por escrito, los sistemas de prevención, atención e intervención sobre síndromes geriátricos y patologías que originen dependencia (síndromes demenciales, caídas, inmovilidad, úlceras, problemas afectivos, incontinencia, desnutrición, estreñimiento y polifarmacia, entre otros)
- La medicación es preparada por un profesional adecuado, según la normativa de

la Comunidad Autónoma (CA), se controla y se registra su administración y se vigila periódicamente su caducidad. Los medicamentos de riesgo se conservan bajo llave y se cumplen las condiciones de almacenamiento adecuadas. Se comunican los efectos secundarios o reacciones adversas al organismo competente.

- El Centro analiza periódicamente la evolución de los residentes y reestructura su proceso de intervención según los resultados.

7.5.4. FAMILIA

- 1) Se entrega un ejemplar del *Reglamento de Régimen Interno* a los familiares o allegados designados por el residente, junto con un folleto en el que se refleja el horario de atención al familiar o allegados (con presencia física o telefónica) de los distintos profesionales.
- 2) Existe en la residencia una sala de visitas a disposición de los familiares para facilitar la intimidad necesaria. Las familias pueden acceder a las habitaciones de los residentes, siempre respetando la intimidad y descanso de otros residentes.
- 3) El equipo técnico del Centro, junto con la dirección, mantiene al menos dos reuniones anuales con el residente o tutor y familia (salvaguardando la opinión del residente o tutor en los aspectos a tratar), en la que se les informa personalmente de los programas de atención individualizada y planes de cuidados.
- 4) Previo consentimiento del residente, la familia es informada puntualmente de incidencias importantes en el estado de salud del residente, quedando constancia por escrito de dicha comunicación en su expediente o historia.
- 5) El horario de visitas familiares será amplio y flexible. La residencia facilita la presencia nocturna de la familia para acompañar al residente, en aquellos casos en que éste lo solicite. La residencia cuenta con un programa de apoyo y participación de las familias.
- 6) Los familiares deben cumplir con sus deberes civiles hacia el residente, en todos sus procesos de atención.

7.6. RECURSOS CONSUMIDOS

La Constitución Española, en su capítulo III, artículo 50, hace referencia a que los Poderes Públicos garantizarán mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad.

Así mismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas

específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.⁽⁶⁶⁾

La Organización de Consumidores de Europa (OCE), en una de sus últimas publicaciones, presenta estimaciones de la evolución del gasto público destinado a los cuidados de salud y de los cuidados de larga duración. Según este estudio, el primero pasará del 5,5% del PIB actual al 7,8-9.6% en 2050, y el segundo pasará del 0,2% al 1,9-2,6% del PIB. Este último, es decir, el relacionado con los cuidados de larga duración está fundamentado por las prestaciones vinculadas a las situaciones de dependencia.⁽⁶⁷⁾

En España, gran parte del gasto sanitario lo realiza la población mayor de 65 años, pues según datos del INSALUD (1998) era atribuible a dicho colectivo el 44% del gasto total, el 30% del gasto en Atención Primaria, el 48% del Farmacéutico y el 47% del gasto en Atención Especializada. Por otro lado, la Administración Española cubre la dependencia de unas 340.000 personas, lo que supone un coste de 300.000 millones de las antiguas pesetas por año, el 87% de los cuales corresponde al coste de las residencias.

Aproximadamente un 20-25% del gasto en salud de toda la vida de una persona se realiza en los dos últimos años de vida. El gasto sanitario aumenta con la edad, por lo que el incremento de la longevidad de los individuos tiene una importante repercusión en la sociedad.

Según Fernando Lamata: “El Ministerio de Sanidad va a exigir una aportación del 2% de toda la factura farmacéutica para investigación y formación con el objetivo de lograr adelantos en estas materias, en la que España se encuentra con retraso frente a otros países de su entorno”. Hoy se destina el 5,9% del PIB al gasto sanitario, “una cantidad razonable respecto a nuestra capacidad de riqueza”, por lo que se consideró que “todavía se podría aumentar ligeramente la presión fiscal”, hasta llegar a un 6,5- 7% del PIB en los próximos años.⁽⁶¹⁾

La Administración Castellano- Manchega destina 255 millones de euros en 2007 a iniciativas dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, lo que supone un incremento de más del 23,5% respecto a 2006. En la región se ha llegado al siglo XXI con el mayor índice de esperanza de vida de toda España y, puesto que se vive más años, el nuevo objetivo que se plantea la Administración es aumentar las posibilidades de vivirlos mejor y encontrar respuestas efectivas a las nuevas necesidades que origina la longevidad de la población.

Los datos del Libro Blanco de la dependencia elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, avalan que se vive en la región con el mayor índice de cobertura en la atención a personas mayores, con cerca de un 20%, si se tiene en cuenta los beneficiarios de plazas residenciales, centros de estancias diurnas y los programas de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia.

Castilla - la Mancha dispone en estos momentos de más de 23500 plazas en residencias de mayores, de las cuales más de 8000 son públicas.

Existe un compromiso de incrementar en 2000 el número de plazas en

instituciones cerradas.

El incremento en los dos últimos años ha sido de 2721 nuevas vacantes lo que supone un aumento del 45,8%.⁽⁶⁷⁾

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha destinado 10,5 millones de euros a Castilla-La Mancha para atender a personas dependientes, lo que supone un incremento de un 425% respecto a los 2 millones concedidos en 2005.

El Boletín Oficial del Estado (BOE 24/05/2005) ha publicado las ayudas, concedidas a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, y que ascienden a 200 millones en el conjunto de las Comunidades Autónomas, un 300% más que en 2005.⁽⁶⁸⁾

La Consejería de Bienestar Social invertirá más de 131 millones de euros durante 2006 en la provincia de Albacete, con el fin de mejorar y ampliar los programas destinados a la atención de mayores, personas con discapacidad, niños, familias y personas en situación de exclusión social.

En este sentido, se destacó el apartado destinado a la atención a los ancianos, ya que el presente año se invertirán unos 43 millones de euros en crear nuevos recursos asistenciales y de servicio, además de mejorar los ya existentes.

Todos estos recursos vendrán a complementar la red de plazas públicas de atención a personas mayores, que ascienden a más de 1575 plazas; estando previsto que durante el presente año se amplíen en otros 250 nuevas plazas existentes actualmente.

7.6.1. VIVIENDAS EN EL MEDIO RURAL Y DIFERENCIAS CON INSTITUCIONES MÁS CERRADAS

Al referirnos a viviendas de mayores en el medio rural, hay que saber que lo hacemos de centros de alojamiento y convivencia integrados en un entorno comunitario, destinados a un grupo de personas mayores con dificultades para permanecer en su vivienda habitual y con un grado de autonomía personal que les permita su integración en este recurso. Viviendas que se configuran como un recurso alternativo de alojamiento y convivencia para aquellas personas de edad avanzada que, presentando una serie de características psico-físicas adecuadas no desean vivir solas, carezcan de un hogar o éste no tenga las condiciones mínimas de habitabilidad.⁽⁵⁰⁾

Todas las viviendas de mayores deben garantizar una atención integral dirigida a satisfacer sus necesidades básicas y el desarrollo de actividades socioculturales, facilitando el acceso a los servicios sanitarios, sociales, culturales y de ocio existentes en la comunidad; y la continuidad en la atención ante situaciones de pérdida de autonomía personal. Cuando el usuario presente grados de dependencia que impidan su permanencia en la vivienda deberá garantizarse su atención mediante el traslado a una residencia de mayores o a un Centro que resulte adecuado.

Los objetivos son muy claros: ofrecer alojamiento, manutención y unas

condiciones adecuadas de higiene y aseo personal de forma permanente; crear un clima que favorezca las interacciones grupales de relación y de apoyo afectivo entre los residentes; fomentar la vinculación del mayor con su entorno físico y sus redes de apoyo social; facilitar un ambiente cuasifamiliar que les haga sentirse como en su propia casa; su nivel de autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria.

Las viviendas de mayores se dirigen a personas que requieren baja intensidad de atención y se ubican, preferentemente, en los núcleos rurales del territorio regional. De ahí que tengan un carácter eminentemente comunitario, que pretende conservar y favorecer las relaciones con el entorno social. Lo que intentan es generar un ambiente de convivencia adecuado y un funcionamiento normalizado que evite situaciones de soledad y supere en la medida de lo posible alguno de los efectos negativos que puede producir en determinadas personas el internamiento o la institucionalización en centros y organizaciones más cerradas. Cada vivienda contará con un mínimo de 5 plazas y un máximo de 10.

7.6.2. DEFINICIÓN Y CLASES DE RESIDENCIAS

Residencias de mayores

Definición: Son Centros destinados a servir de vivienda permanente y común a personas mayores, en los que se presta una asistencia integral continuada a quienes no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios. Las Residencias de Mayores se destinaran a personas que ven mermada su capacidad para valerse por sí mismas, debido a una patología crónica e invalidante, y que dependen de cuidados específicos y la asistencia de terceras personas.

Residencias de válidos: Son establecimientos destinados a aquellas personas que mantienen unas condiciones personales, físicas y psíquicas, que les permiten realizar por sí mismas las actividades normales de la vida diaria. Podrán disponer de Unidades Asistidas para la adecuada atención de los usuarios que ingresados como válidos, experimenten un empeoramiento de sus facultades físicas o psíquicas.

Residencias asistidas: Son establecimientos destinados a la atención y asistencia de aquellas personas que presenten una incapacidad permanente que les impida desarrollar las actividades normales de la vida diaria, precisando, por ello, de la asistencia de terceros.

Residencias mixtas: Son establecimientos que cuentan con servicios e instalaciones suficientes para acoger a personas que puedan valerse por sí mismas y aquellas otras que precisen la asistencia de un tercero para desarrollar actividades normales de la vida.

Servicios que ofrecen: Básicos de carácter personal; atención médico-psiquiátrica; rehabilitación; asistencia social y servicios sociales; terapia ocupacional; podología, actividades culturales y recreativas; y otros servicios propios de las residencias.⁽⁶⁴⁾

Competencia:

- Consejería de Bienestar Social (Residencias propias, concertadas y con convenio).
- Entidades Locales (Ayuntamientos, Mancomunidades y Diputaciones Provinciales).
- Residencias Privadas.
- Residencias de Entidades sin ánimo de lucro (entidades religiosas, fundaciones, patronatos).

La Red Pública de plazas Residenciales de Mayores de Castilla La Mancha integra:

- Las plazas de Centros cuya titularidad corresponde a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, tanto si son de gestión directa como indirecta.
- Las plazas concertadas por la Junta de Comunidades a terceros.
- Las plazas reservadas a favor de la Junta de Comunidades en virtud de convenios de colaboración de ésta con otras instituciones.
- Coste plaza red pública usuarios: 75% de los ingresos.

Normativa reguladora específica red pública de Castilla La Mancha:

- Decreto 131/1996, de 22 de Octubre, del Régimen Jurídico y del Sistema de Ingreso en las plazas de los Centros Residenciales de Mayores de la Red Pública de Castilla La Mancha.
- Orden de 7 de Junio de 2002, por la que se aprueba el procedimiento para la tramitación y el baremo para valoración de solicitudes y adjudicación de plazas en los Centros Residenciales.
- Resoluciones de 7 de Marzo de 1997 de la Dirección General de Servicios Sociales. Se regulan diversos aspectos como puntuación mínima, solicitud ingreso, comisiones de valoración, etc.
- Orden de 27 Junio de 1997, por la que se aprueba el procedimiento para la tramitación y valoración de traslados voluntarios y permutas en las Residencias de Mayores de la Red Pública.
- Orden de 25 de Julio de 1998, por la que se regula la concertación de plazas residenciales, estancias temporales y estancias diurnas. Modificada por Orden de 17-12-02.

7.6.3. CARACTERÍSTICAS DE PERSONAL QUE DEBE REUNIR UNA RESIDENCIA DE LARGA ESTANCIA

Todas las Residencias para mayores deberán contar, obligatoriamente, con un director con acreditada cualificación profesional y al menos estudios universitarios de grado medio o, en su defecto, experiencia de al menos tres años en funciones similares de gestión y dirección de centros residenciales.

El personal será el adecuado en número y especialización para la prestación de los servicios correspondientes y deberá garantizar atención suficiente y continuada durante las 24 horas del día y todos los días del año. Del mismo modo, tendrá la titulación y formación adecuada y su tiempo de dedicación al centro estará en función del número y tipología de los usuarios.

No se debe olvidar, por otra parte, que todos los Centros y Servicios destinados a la atención de las personas mayores deberán ser accesibles, adaptándose a lo dispuesto en la Ley de Accesibilidad y Eliminación de Barreras en Castilla-La Mancha y al Decreto del Código de Accesibilidad de la comunidad autónoma.⁽⁶⁴⁾

TABLA. XVI. Indicadores sociales y económicos

Pensiones contributivas del sistema de la seguridad social en vigor por clases, 2003 (media anual).

	Incapacidad permanente	Jubilación	Viudedad	Orfandad y favor familiar	Total Clases
Albacete	5.295	37.217	17.515	2.884	62.911
Ciudad Real	9.100	49.090	25.892	4.422	88.504
Cuenca	3.202	26.572	11.480	1.578	42.832
Guadalajara	2.680	18.943	7.725	1.198	30.545
Toledo	7.147	56.958	25.423	3.767	93.295
Total Castilla-La Mancha	27.424	188.780	88.035	13.848	318.087

Fuente: MTAS: Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. Anuario Estadístico 2003. MTAS 2004

TABLA. XVII. Importe medio mensual de las pensiones contributivas del sistema de la seguridad social por clases, 2003 (media anual)

	Incapacidad permanente	Jubilación	Viudedad	Orfandad y favor familiar	Total clases
Albacete	512,47	535,93	385,78	2.884	62.911
Ciudad Real	586,38	589,94	407,27	4.422	88.504
Cuenca	504,69	516,64	376,21	1.578	42.832
Guadalajara	708,28	623,99	405,06	1.198	30.545
Toledo	550,33	545,69	381,95	3.767	93.295
Total Castilla-La Mancha	565,09	559,04	391,44	234,64	499,05

Fuente: MTAS: Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. Anuario Estadístico 2003. MTAS 2004

TABLA. XVIII. Beneficiarios de pensiones no contributivas del sistema de la Seguridad Social por clases de prestación, 2003 (media anual)

	Jubilación	Invalidez	Total clases
Albacete	2.047	2.913	4.959
Ciudad Real	2.850	4.528	7.378
Cuenca	1.339	1.919	3.258
Guadalajara	480	677	1.157
Toledo	2.297	4.780	7.077
Total Castilla-La Mancha	9.013	14.816	23.829

Fuente: MTAS: Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. Anuario Estadístico 2003. MTAS 2004

TABLA. XIX. Centros residenciales, Enero 2004

POBLACIÓN > 65 AÑOS (01/01/2003)	358.564
USUARIOS Y SOLICITANTES	
Nº de solicitantes nuevos	2.922
Nº de usuarios atendidos	6.875
Índice de cobertura [(usuarios/pob. > 65) * 100]	1,92
Nº de usuarios > 80 años	4.332
Nº de usuarios mujeres	4.400
Nº de usuarios mujeres > 80 años	3.124
Nº de usuarios dependientes	
Nº de usuarios psicogerítricos	
Edad media del usuario	83
COSTE Y FINANCIACIÓN (EUROS/AÑO)	
Precio público de una plaza	75,00 €
Porcentaje copago (a cargo del usuario)	
Precio de concertación de plaza	
Precio de concertación de plaza para dependientes	14.151,00 €
Precio de concertación de plaza para psicogerítrica	

Fuente: Consejería de Bienestar Social. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. INE (2004): Datos de Población. Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003 y elaboración propia.

8.- CALIDAD DE VIDA

En un estudio realizado a principios de 2005 en un área de Madrid a 157 personas, y ante la pregunta: “para usted ¿qué es la calidad de vida?, la mayoría de los ancianos de ese estudio relacionaron la calidad de vida con la situación económica (34’3%), de ellos el 35’1% su respuesta fue vivir económicamente más desahogados, posiblemente en relación con que un 30’8 ingresa de 601 a 901’52 €/mes.^(69, 70)

En segundo lugar, la calidad de vida la asocian a tener buena salud (26’1%), el 26’1% a otros factores y el 13’3% no sabe lo que quiere decir “calidad de vida”.

Hay muchos autores que poseen su idea de la definición de calidad de vida: Dalvey y Rourke, Shin y Jonson, Cuervo- Arango, Torrance ⁽⁷⁰⁾, etc. Pero elegimos la definición que expresa Wiklung et al, que consideran la calidad de vida como “la disminución de la sintomatología, incremento del bienestar y mantenimiento de una buena capacidad funcional para realizar las ABVD”, y la que expone Birdwood ⁽⁷⁰⁾ que dice que “la calidad de vida es la suma de todas las satisfacciones que hacen la vida digna de ser vivida”.

En 1946, la OMS realiza un llamamiento mundial para la promoción de la salud y en esa Conferencia Internacional se define la salud como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedades”.

En 1992, el Ministerio de Asuntos Sociales Español propició la aparición de un Plan Gerontológico Estatal cuyo objetivo era mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Con el mismo objetivo se elabora el Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002, resumen del texto aprobado por la II Asamblea Mundial acerca del Envejecimiento de la ONU, donde se recogen las medidas necesarias para tratar de conseguir que en todos los países del mundo las personas mayores puedan envejecer con seguridad y dignidad.

Existe gran dificultad de conceptuar y no menos de medir el término “calidad de vida”, prueba de ello es la importante variedad de escalas que se utilizan: SIP (The Sickness Impact Profile), NHP (The Nottingham Health Profile), EUROQOL 5D, WHOOL, Escala de Karnofsky, SF-36, así hasta 147 escalas descritas en un estudio de salud pública en México.

Pero...¿realmente se sabe lo que significa para ellos la calidad de vida?; ¿lo que se quiere ofrecer es lo que realmente ellos demandan?.

Las respuestas pueden ser a veces difíciles de contestar, pero se puede finalizar este apartado diciendo que el “cuidado que se preste debe dar la respuesta a las preferencias y valores del usuario, teniendo en cuenta sus opiniones, expectativas y grado de satisfacción con los resultados”.

La calidad de vida es un objetivo sanitario que está adquiriendo cada vez mayor importancia y ha comenzado a utilizarse como medida de resultados en salud.⁽⁷¹⁾

La OMS en 1991 propuso la siguiente definición: “Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.”⁽⁷²⁾

No existe un acuerdo unánime acerca de su definición. Para unos es una variable directamente dependiente de la salud del individuo y se reduce en gran medida a la medición de síntomas, efectos y repercusiones de las enfermedades o sus tratamientos sobre el estado de ánimo y comportamiento.⁽⁷³⁾ Para otros, y quizás la acepción con mayor relevancia en el entorno geriátrico, presenta un significado más amplio, puesto que abarca algunos aspectos de la experiencia humana incluyendo los componentes físicos y materiales, pero también la satisfacción vital, autoestima (que en el caso de las personas mayores representa el grado de satisfacción con su propio envejecimiento) y el bienestar emocional, espiritual y social.

Existen pocos estudios que hagan una valoración integral del anciano y de su autopercepción de salud, valorando la influencia de las diferentes variables sociodemográficas, así como de la salud mental (ansiedad, depresión, deterioro cognitivo) y la capacidad funcional para las ABVD, sobre la autopercepción sobre la calidad de vida.

En un estudio realizado en la zona del Bierzo (León), fueron evaluados 137 personas de edad igual o superior a 65 años que demandaron consulta en atención primaria.⁽⁷⁴⁾

Se utilizaron como instrumentos de estudio el índice de Barthel, Mini Examen Cognitivo (MEC-35), escala de ansiedad y depresión de Goldberg y el cuestionario de calidad de vida SF-36.

En los resultados obtenidos se observó que el grupo de personas entre 65 y 74 años obtuvo mejores puntuaciones para la mayoría de las dimensiones que el grupo de los mayores de 74 años. Los que no estaban casados, los que no tenían estudios, los que demandaban mayor número de consultas tenían una peor percepción de su calidad de vida. Lo mismo sucedía con las personas que sufrieron algún tipo de patología. Las personas con alto grado de independencia para las actividades básicas de la vida diaria tienen una buena percepción de su calidad de vida.

Se concluyó en dicho estudio que la percepción que los ancianos evaluados tiene sobre su calidad de vida es buena. Aún así los varones obtuvieron mejores puntuaciones que las mujeres. La edad, la capacidad funcional y la salud mental también influyen en la percepción de calidad de vida.

Con respecto a la calidad de vida en ancianos, no sólo es relevante mantener un estado de salud física sino que también es importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social. Además, no se debe olvidar que estas variables se encuentran íntimamente relacionadas entre sí.

La mayoría de las investigaciones se centran únicamente en analizar parcelas concretas del bienestar psicosocial de las personas ancianas cuando dicho bienestar es consecuencia de la interrelación de factores físicos, psicológicos y sociales. Considerando un enfoque conjunto de estos aspectos, uno de los modelos más aceptados en la actualidad es el de Lin y Ensel⁽⁷⁵⁾. Estos autores señalan la existencia de estresores y recursos en cada uno de estos contextos. En concreto, una persona puede experimentar a lo largo de su vida estresores de tipo físico (problemas de salud, diagnóstico de una enfermedad grave,), de tipo psicológico (Depresión y /o Ansiedad) y de tipo social (divorcio o viudedad, problemas graves con amigos o compañeros, etc.).

En este sentido, Lin y Ensel consideran que las personas mayores disponen también de recursos. Estos recursos inciden de forma positiva en el bienestar y, además, pueden ser esenciales para afrontar con éxito situaciones estresantes (buen estado general de salud, hábitos saludables, autoestima favorable y disponer de fuentes importantes de apoyo social).

Desde el modelo de Lin y Ensel se plantea que el bienestar psicosocial de una persona será mayor siempre y cuando disponga del mayor número posible de recursos y del menor número posible de estresores.

A raíz de lo anterior se realizó un estudio en la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia para comparar la disponibilidad de recursos y la mayor o menor presencia de estresores en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Se analizaron tres contextos: físico (hábitos no saludables y nivel general de salud), psicológico (autoestima, percepción de estrés y ánimo depresivo) y social (apoyo social y estresores sociales).⁽⁷⁶⁾

Se recogió una muestra de ancianos institucionalizados ($n = 34$) y otra de ancianos no institucionalizados ($n = 40$).

No se apreciaron diferencias entre las dos muestras consideradas. No obstante, resultó que los ancianos institucionalizados se caracterizaron por una mayor percepción de apoyo formal, mayor autoestima social y menor autoestima familiar.

En conclusión, si bien los resultados obtenidos indican que los ancianos que residen en instituciones apenas difieren en su bienestar psicosocial de los ancianos que no residen en instituciones, estos resultados deben ser analizados con prudencia debido a la escasa muestra investigada.

Satisfacción con la vida

En torno al 60% de los ancianos declara en las encuestas sentirse bastante satisfecho con su vida aunque poco más del 40% admite sentirse siempre feliz o contento, según encuestas del Observatorio de Personas Mayores.⁽⁷⁷⁾

8.1. DOLOR EN ANCIANOS

Por regla general, el dolor en la población anciana suele ser determinante en su calidad de vida, aunque estudios recientes son altamente contradictorios. Pero en cualquier caso, de lo que no hay duda es que una proporción considerable de mayores experimenta dolor.

Entre el 2 y 27% se queja de sufrir migraña o cefalea funcional, entre el 14 y 49% sufre dolor de espalda, y del 24 al 71% padece de artralgias. Estas cifras pueden incluso aumentar en pacientes institucionalizados; del 71 al 83% llegan a declarar algún tipo de dolor. La mayoría de estos dolores son de grado ligero o moderado, con frecuencia intermitente. Y si bien en ocasiones pueden repercutir en una marcada reducción de la actividad general, otras veces, por el contrario, se observa un mayor grado de tolerancia al dolor, o una mejor actitud psicológica para sufrirlo o afrontarlo.

El dolor crónico es, sin duda, el más abundante en la población anciana y ocupa el primer puesto en la acción terapéutica.

En cuanto a la intensidad del dolor crónico, los datos son muy contradictorios: unos indican mayor intensidad del dolor conforme aumenta la edad, y otro justo lo opuesto. Es posible que esta enorme variabilidad se deba al modo de valorar la intensidad del dolor y sobre todo, al diverso grado con que intervienen dos dimensiones fundamentales de la percepción del dolor: la cognitiva y la afectiva.

El dolor crónico se acompaña en muchas ocasiones de síntomas depresivos, con independencia de la edad. Así mismo, la población anciana con depresión se queja de dolores más intensos y de más episodios dolorosos que la no deprimida.

Las consecuencias del dolor crónico en el anciano son abundantes y repercuten fuertemente en su vida diaria. Además de la depresión son destacables el insomnio, la

dificultad para andar, la lenta y difícil rehabilitación, etc. Estos hechos obligan a incrementar el número de servicios que se han de utilizar y reducen la calidad de vida del anciano.

Ante cualquier dolor, es bueno dar al paciente esperanza y seguridad de que puede ser aliviado; pero cuando se trata de un dolor crónico, no sería realista e incluso podría ser perjudicial suscitarle la falsa esperanza de que va a ser suprimido por completo. Es preferible explicar de forma razonable y ponderada las posibilidades y limitaciones de los tratamientos, la necesidad de aplicar con prudencia uno u otro fármaco, o de retirarlo si resulta inútil o perjudicial.⁽⁷⁸⁾

9.-ASPECTOS MÁS IMPORTANTES DE ESTUDIO E INTERVENCIÓN EN LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

9.1. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

Según la OMS, sólo una de cada tres personas con depresión recibe un diagnóstico y tratamiento adecuados, y existen indicios bien fundamentados de que esta proporción es incluso menor en el caso de las personas mayores.⁽⁷⁹⁾

Ansiedad y depresión presentan una comorbilidad muy alta, especialmente en el anciano.

En 1996, la Organización Mundial de la Salud daba la voz de alarma: “los problemas mentales serán la plaga del siglo XXI”.

Se introduce así el termino DALY (Disability Adjusted Life Year), vocablo anglosajón que es una forma de medir la calidad de vida.

En este sentido, insisten los expertos, “el mayor problema de salud en el año 2020 en todo el mundo, países en vías de desarrollo incluidos, no serán las infecciones, las enfermedades cerebro-vasculares ni el cáncer. Lo que hará sufrir a la Humanidad serán las enfermedades mentales, y la depresión estará a la cabeza y será la 2ª causa de discapacidad en el plazo de 20 años. Actualmente ocupa el 5º puesto.

La depresión en el anciano será una causa frecuente de consulta en Atención Primaria y Especializada, de ingresos hospitalarios y de Institucionalización, cuando no, su principal causa.

Y de todos conocidas son las consecuencias de la depresión en el anciano:

- Aislamiento y soledad.
- Baja calidad de vida.
- Incremento del uso de los Servicios de Salud.
- Deterioro cognitivo.
- Alto grado de suicidio.
- Mayor dependencia.

Los factores de riesgo psico-social demostrados son fundamentalmente:

- Muerte de un ser querido.
- Enfermedad médica o quirúrgica.
- Incapacidad.
- Escaso apoyo social.
- Institucionalización por diferentes circunstancias.

Algunos fármacos de uso muy corriente como diuréticos, digital, IECAS, ACO, algunas estatinas (lovastatina y pravastatina) o neurolépticos se han relacionado con síntomas depresivos en este grupo etario.

La depresión en los ancianos está asociada al aumento del RCV, mayor morbilidad, mayores tasas de deterioro funcional, a mayor institucionalización y muerte.

La prevalencia de la depresión en mayores de 65 años, usando criterios tipo DSM-IV, se establece entre un 1-2% para Depresión Mayor y un 10-20% para Distimias.

En todos los estudios clásicos, la prevalencia es mayor en mujeres, 2:1; sin embargo, en los ancianos esta proporción se iguala o llega a invertirse en los mayores de 80 años en los que se atribuye mayor fragilidad al varón.

La población institucionalizada presenta un riesgo de depresión aún mayor en el período inmediato después del ingreso. Entre un 30 y 75%, de los cuales un 12-20% corresponden a depresiones mayores.

Para valorar el Grado de Depresión/Ansiedad se utiliza la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, (EADG), 1993.

Mayor o igual a 4 indicaría “probable ansiedad”. Mayor o igual a 2 “probable depresión”.

Otra escala muy empleada, aunque más compleja en tiempo y aplicación, es la Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (HRSD) diseñada en 1960 y, cuya versión española, fue validada por Ramos en 1988. Su empleo está muy extendido, tanto para detectar depresión como para valorar su gravedad y sensibilidad al cambio con el tratamiento. Su principal inconveniente es que su interpretación depende en parte de la experiencia del entrevistador.

Consta de 17 ítems que se puntúan a través de una entrevista y por observación psiquiátrica. Su aplicación requiere entre 15-30 minutos. Puede recabarse información adicional de personas allegadas al paciente. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semanas previos.

Con respecto a la Escala de Ansiedad (HAS), Hamilton la diseñó en 1959 y posee un alto grado de correlación con su Escala de Depresión. No se recomienda su uso como herramienta de cribado ni diagnóstico.

Es una escala heteroaplicada de 14 ítems de los cuales 13 son referentes a signos y síntomas de ansiedad y el último, que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista, que no debe durar más de 30 minutos.

ESCALAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

ESCALA DE ANSIEDAD

	SI	NO
1. ¿Ha estado muy preocupado por algo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha sentido muy irritable?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal	<input type="text"/>	

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

	SI	NO
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nunca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?..... (síntomas vegetativos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total ANSIEDAD	<input type="text"/>	

ESCALA DE DEPRESIÓN.⁽⁸¹⁾

	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha perdido Vd. interés por las cosas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal	<input type="checkbox"/>	

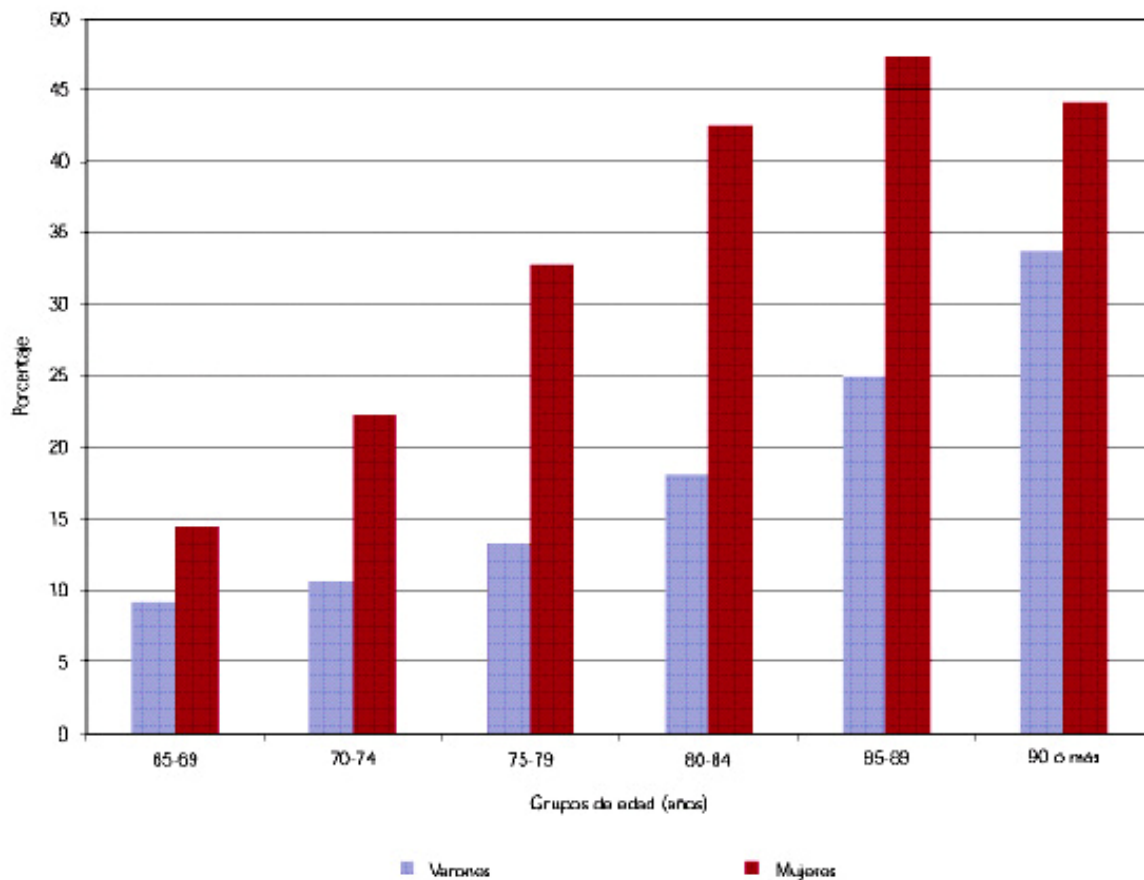
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

	SI	NO
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha perdido peso (a consecuencia de su falta de apetito)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>	

Un 60% de los ancianos consumen fármacos contra la depresión, la enfermedad del siglo XXI, según datos publicados por la Clínica Universitaria de Navarra.⁽⁷⁸⁾

No deja de ser revelador que voluntarios consultados para este trabajo comprueben que personas mayores a las que visitan semanalmente cierran apresuradamente la puerta tras recibirlos para que los vecinos no vean que un extraño, y no sus hijos, les escuchan y proporcionan cariño. “Hay quienes echan pestes de sus hijos, otros que los entienden y otros que no tienen a nadie y están absolutamente solos”, dice Beltrán Uriarte, voluntario de la ONG Solidarios, que atiende a 700 ancianos. A veces se trata de descolgar el teléfono y escucharlos.

FIGURA 14. Tasas de soledad de los mayores según edad y sexo. 2001



Fuente: INE. INEBASE: Censos de Población y Viviendas. 2001. INE 2004 y elaboración propia.

9.2. DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA

¿Qué es dependencia?

Concepto: la dependencia es una alteración en la función para las actividades de la vida diaria, a diferencia de la minusvalía que es la incapacidad para mantener un rol normal de acuerdo con el sexo, edad y factores socioculturales.

Con el objetivo de elaborar una serie de recomendaciones para mejorar la situación de las personas dependientes y sus cuidadores, el Comité de Ministros del Consejo Europeo aprobó, en 1998, una recomendación relativa a la dependencia. Definió a las personas dependientes como las que por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de ayuda o asistencia importante para las ABVD.⁽⁸²⁾

Las personas mayores con algún tipo de discapacidad representan el 58,8% del total de personas discapacitadas y representan el 32,2% de la población mayor española. El predominio de discapacidades en el sexo femenino es mayoritario en los mayores, y

especialmente manifiesto a partir de los 85 años. La presencia de discapacidad desemboca en una situación de dependencia que requiere algún tipo de ayuda personal en el 53% de los discapacitados.⁽¹¹⁴⁾

Cabe resaltar que el porcentaje de años libres de discapacidad disminuye de forma progresiva con la edad, y así la proporción de Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD) a los 65 años es del 70,4%, mientras que a los 85 años es del 40,8% en los varones y del 61,2 y 34,5%, respectivamente, en las mujeres.^(83 - 85)

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de Personas Dependientes (Consejo de Ministros, 21 de Abril de 2006), ha aprobado la necesaria reforma y mejora de las prestaciones sociales dedicadas a la atención de las personas que necesitan ayuda de una tercera para la realización de las ABVD como consecuencia de una enfermedad física, mental, intelectual o sensorial. Esta Ley abre una nueva vía para incrementar el acceso a servicios sociales con financiación pública.

Clasificación de dependencias:

- Total.
- Grave/Intensa
- Moderada.

Valoración geriátrica integral (VGI)

La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que persigue conocer todos los atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social del anciano, para así conseguir un plan racional y coordinado de tratamiento y uso de recursos.

La VGI es fundamental para abordar adecuadamente el manejo y tratamiento de la persona mayor y, dentro de la evolución de la capacidad funcional, tiene una importancia capital, ya que la pérdida de la función física, es un factor control de dependencia, la cual se asocia al aumento de la mortalidad, la institucionalización, los ingresos hospitalarios y el uso de recursos de soporte domiciliario. En el ámbito comunitario, la valoración geriátrica puede retrasar el desarrollo de la dependencia funcional y disminuir la institucionalización.

La Atención Primaria (AP) de salud es el nivel asistencial más cercano al anciano y es allí donde se deben iniciar las estructuras de atención: promover actitudes preventivas, identificar grupos de riesgo (persona frágil) para intervenir y adecuar los servicios y recursos sanitarios a sus necesidades y potenciar la atención domiciliaria. Cada vez existe más sensibilidad entre los profesionales de atención primaria para incorporar actividades asistenciales, para la determinación de tratamiento específico de los problemas de salud de las personas mayores.

La VGI abarca tres esferas:

1. La valoración física, que comprende los aspectos clínicos tradicionales, pero desde una perspectiva geriátrica y valora implicaciones clínicas del

envejecimiento.

2. La valoración psicológica, que incluye las esferas cognitiva y afectiva del sujeto, y nos dará la valoración inicial del sujeto.
3. La valoración socioeconómica, estudia los aspectos sociales, económicos y ambientales que rodean al anciano.

Los principales propósitos de la VGI son:

1. Investigación de la enfermedad a tratar.
2. Diagnóstico cuidadoso tanto médico como funcional, psicológico y social.
3. Plan terapéutico racional.
4. Asegurar el uso apropiado de los servicios.
5. Documentación de los cambios en el tiempo.

En un estudio realizado en el transcurso del año 2004 en el Centro de Salud de Vilaboa (Pontevedra), se valoró la capacidad funcional del Índice de Katz para detectar nuevos casos de dependencia.

Sobre una población inicial de estudio de 759 personas de 70 o más años, el 79,4% resultó ser independiente con un 3,8% de incidencia anual. Las causas más frecuentes de dependencia fueron: ACVA, neoplasias, fractura de cadera y demencia.

En resumen, el fenómeno de la dependencia está presente en la redacción de la Constitución Europea: da la suficiente importancia a la dependencia del anciano, para darle la máxima protección y ayuda, dándole un marco jurídico y político que garantice estos objetivos.

CAUSAS DE LAS DEPENDENCIAS

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. ALTERACIONES MOTORAS | <ul style="list-style-type: none">. Articulares (reumatismo). Óseas (fracturas). Musculares (atrofia por inmovilidad). Neurológicas (de la movilidad) |
| 2. ALTERACIONES COGNITIVAS | <ul style="list-style-type: none">. Demencia. Depresión |
| 3. ALTERACIONES SENSORIALES | <ul style="list-style-type: none">. Patología oftalmológica (disminución de la visión). Patología otorrinolaringológica (disminución auditiva y de comunic.) |

PORCENTAJE DE CAUSAS DE DEPENDENCIA EN MAYORES DE 65 AÑOS

- 35% Osteoartrosis.
- 50% ACV alteraciones visuales, cardiopatías, demencias.
- 13% Enfermedad vascular periférica, pulmonar, depresión, alteraciones.
- 2% Otras.

9.3. ESCALAS MÁS UTILIZADAS EN LA VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

INDICE DE KATZ

Utilizada para delimitar y definir el concepto de dependencia. Consta de 6 ítems (baño, capacidad en el vestirse, control de esfínteres, movilidad, alimentación y uso del retrete). Clasifica a los ancianos desde la A (mínima dependencia) hasta la G (máxima dependencia).

TABLA XX. Índice de Katz

A.-Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse.
 B.-Independiente: todas estas funciones excepto una.
 C.-Independiente: todas salvo bañarse solo y una más.
 D.-Independiente: todas salvo bañarse, vestirse y una más.
 E.-Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete y una más.
 F.-Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y una más.
 G.-Dependiente para las seis funciones básicas.
 Otros.-Dependientes para dos o más funciones, pero no clasificable en los grupos C a F.

Términos empleados:

- Independiente: sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se listan a continuación. Un paciente que se niega a hacer una función, se considera incapaz de hacerla.
- Bañarse: aunque necesite ayuda para lavarse una sola parte (espalda o extremidad incapacitada).
- Vestirse: coge la ropa de los cajones, se la pone y se abrocha cremalleras (el nudo de zapatos no cuenta).
- Usar el retrete: si llega solo, entra y sale de él, se arregla la ropa y se limpia (puede usar orinal de noche).
- Movilidad: entra y sale solo de la cama, se sienta y levanta sin ayuda (con o sin soportes mecánicos).
- Continencia: control completo de la micción y defecación.
- Alimentación: lleva la comida del plato u otro recipiente a la boca (se excluye cortar la carne o untar mantequilla en el pan).

INDICE DE BARTHEL

El índice de Barthel es la escala preferida por la mayoría de autores británicos. Evalúa 10 ABVD (alimentación, baño, vestido, aseo personal, deposición, micción, uso del retrete, traslado a la cama, deambulaci3n, subir y bajar escaleras)

TABLA XXI. Índice de Barthel

Comer: 0 = incapaz; 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida est3 al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama: 0 = incapaz, no se mantiene sentado; 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una peque1a ayuda f3sica o ayuda verbal); 15 = independiente

Aseo personal: 0 = necesita ayuda con el aseo personal; 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete: 0 = dependiente; 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo s3lo; 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Ba1arse/Ducharse: 0 = dependiente; 5 = independiente para ba1arse o ducharse.

Desplazarse: 0 = inm3vil; 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m; 10 = anda con peque1a ayuda de una persona (f3sica o verbal); 15 = independiente al menos 50 m con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras: 0 = incapaz; 5 = necesita ayuda f3sica o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta; 10 = independiente para subir y bajar.

Vestirse y desvestirse: 0 = dependiente; 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda; 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

Control de heces: 0 = incontinente (o necesita que le suministren enema); 5 = accidente excepcional (uno/semana); 10 = continente

Control de orina: 0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa; 5 = accidente excepcional (m3ximo uno/24 horas); 10 = continente, durante al menos 7 d3as

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

ESCALA DE INCAPACIDAD DE LA CRUZ ROJA

Evalúa la movilidad y el control de esfínteres y, de forma genérica, la capacidad de autocuidado.

TABLA XXII. Escala de Incapacidad de la Cruz Roja

Escala de incapacidad de la Cruz Roja
Esta escala (desarrollada en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid) destaca por la facilidad de su aplicación, por lo que es muy práctica. De uso habitual en centros geriátricos en España, se compone de dos subescalas: física y mental. Califica en forma de estadios o grados de incapacidad, desde el "0" (normalidad) hasta el "5" (máximo grado de deterioro). Grados de incapacidad física:
Grado 0: Se vale por sí mismo y anda con normalidad
Grado 1: Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia normal.
Grado 2: Cierta dificultad en las actividades de la vida diaria, que le obligan a valerse de ayuda. Deambula con bastón u otro medio de apoyo. Continencia normal o rara incontinencia.
Grado 3: Grave dificultad en bastantes actividades de la vida diaria. Deambula con dificultad, ayudado al menos por una persona Incontinencia ocasional.
Grado 4: Necesita ayuda para casi cualquier actividad de la vida diaria. Deambula con mucha dificultad, ayudado por al menos 2 personas Incontinencia habitual.
Grado 5: Inmovilidad en cama o sillón. Necesita cuidados de enfermería constantes. Incontinencia total.

INDICE DE LAWTON Y BRODY

Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan.

TABLA XXIII. Indice de Lawton y Brody

Cuidar la casa Cuida la casa sin ayuda 1 Hace todo, menos el trabajo pesado 2 Tareas ligeras únicamente 3 Necesita ayuda para todas las tareas 4 Incapaz de hacer nada 5	Uso del teléfono Capaz de utilizarlo sin problemas 1 Sólo para lugares muy familiares 2 Puede contestar pero no llamar 3 Incapaz de utilizarlo 4
Lavado de ropa La realiza personalmente 1 Solo lava pequeñas prendas 2 Es incapaz de lavar 3	Uso del transporte Viaja en transporte público o conduce 1 Sólo en taxi, no en autobús 2 Necesita acompañamiento 3 Incapaz de usarlo 4
Preparación de la comida Planea, prepara y sirve sin ayuda 1 Prepara si le dan los ingredientes 2 Prepara platos precocinados 3 Tienen que darle la comida hecha 4	Manejo del dinero Lleva cuentas, va a bancos, etc. 1 Sólo maneja cuentas sencillas 2 Incapaz de utilizar dinero 3
Ir de compras hace sin ninguna ayuda 1 Solo hace pequeñas compras 2 Tienen que acompañarle 3 Es incapaz de ir de compras 4	Responsable medicamentos Responsable de su medicación 1 Hay que preparárselos 2 Incapaz de hacerlo por sí sólo 3

TABLA XXIV. Personas con discapacidad, por grupos de edad y sexo. 1999

	Personas con discapacidad				Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad		
	Ambos sexos	Distribución por edad	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total de 6 y más años	164.896	100,0	70.003	94.893	101,2	86,8	115,4
De 6 a 44 años	23.726	14,4	14.215	9.512	25,5	29,7	21,0
De 45 a 65 años	33.289	20,2	15.598	17.690	98,8	93,5	104,1
De 65 a 69 años	20.197	12,2	7.981	12.212	214,9	177,8	249,0
De 70 a 74 años	24.048	14,6	8.890	15.159	277,4	219,1	328,5
De 75 a 79 años	26.513	16,1	10.169	16.344	397,2	342,0	441,6
De 80 a 84 años	18.511	11,2	6.831	11.679	466,2	439,7	483,3
De 85 y más años	18.612	11,3	6.319	12.294	610,2	576,2	629,2

Fuentes: INE. INEBASE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. Resultados por Comunidad Autónoma, sexo, grupo de discapacidad, tipo de indicador y edad. INE. 2004.

INE. INEBASE: Revisión del Padrón Municipal 1999. datos a nivel nacional, Comunidad Autónoma y provincia. INE. 2004

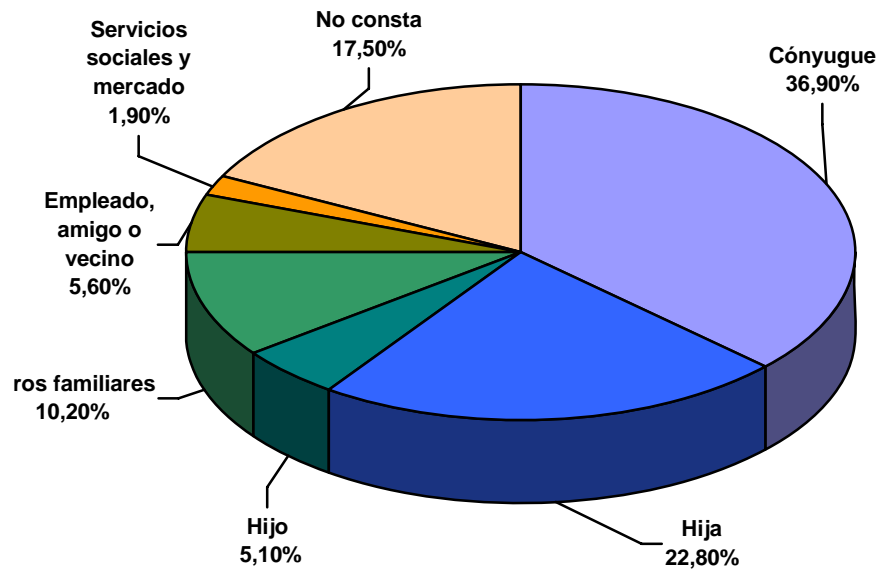
TABLA XXV. Personas con discapacidad, según grupos de discapacidad y sexo. 1999

	Personas de 6 a 64 años		Personas de 65 y más años	
	Con discapacidad	Tasa por 1000 habitantes	Con discapacidad	Tasa por 1000 habitantes
Total	57.015	45,0	107.881	339,6
Ver	11.413	9,0	35.547	11,9
Oír	10.907	8,6	32.466	102,2
Comunicarse	9.062	7,2	15.037	47,3
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	10.381	8,2	19.564	61,6
Desplazarse	17.405	13,7	45.913	144,5
Utilizar brazos y manos	15.283	12,1	30.761	96,8
Desplazarse fuera del hogar	32.734	25,8	73.802	231,7
Cuidar de sí mismo	8.941	7,1	30.075	94,7
Realizar las tareas del hogar	21.491	17,0	61.099	192,4
Relacionarse con otras personas	9.487	7,5	18.088	56,9

Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

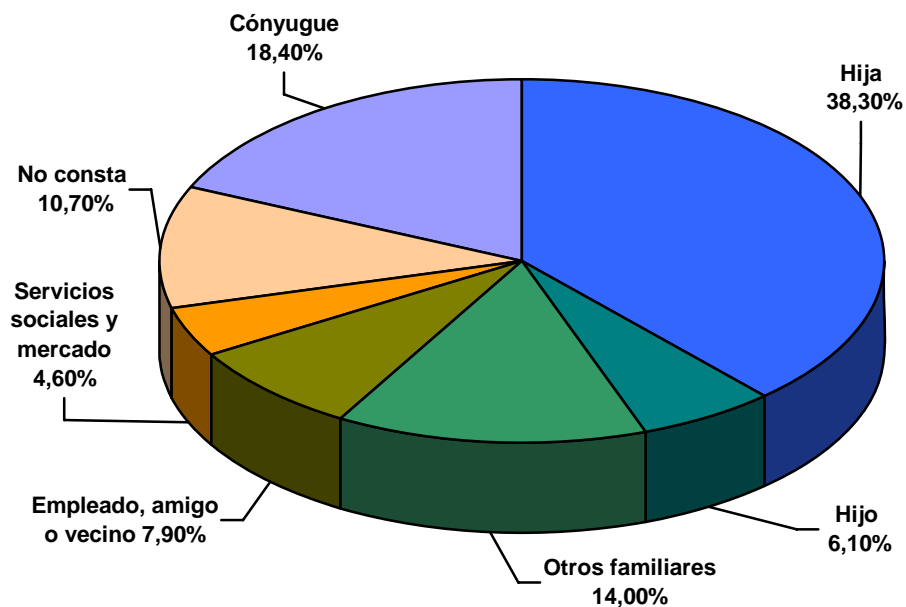
Fuente: INE. INEBASE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. INE. 2004.

FIGURA 15. ¿Quién cuida a los varones mayores con discapacidad?, 1999



Fuente: INE. INEBASE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. INE. 2004

FIGURA 16. ¿Quién cuida a las mujeres mayores con discapacidad?, 1999



Fuente: INE. INEBASE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. INE. 2004

II.- OBJETIVOS

II.1.OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar la Sexualidad y el grado de Disfunción Sexual (DS) en los ancianos institucionalizados en la provincia de Albacete.

II.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

II.2.1.- Determinar el estado de salud actual desde el punto de vista físico, psíquico, social y funcional en estos ancianos a través de Escalas Específicas previamente validadas (Índice de Katz, Escala de Depresión Geriátrica (GDS), Cuestionario Duke-UNC-Apoyo Social-) y recogida de información sobre morbilidad autopercebida y diagnosticada.

II.2.2.- Conocer el grado de aceptación ante la institucionalización y la satisfacción con la atención recibida.

II.2.3.- Determinar el consumo de medicamentos y sustancias tóxicas en la población anciana.

III.- METODOLOGIA

1.- MATERIAL

III.1 - Marco demográfico:

- III.1.1. - Población de Castilla-La Mancha (CLM).
- Población de CLM mayor de 65 años.

La población total de Castilla-La Mancha a fecha de 1-1-2004 es de 1.848.881 habitantes. A final del año 2001 se censó a 1.760.192 habitantes. Observamos un incremento de 88.689 habitantes, lo que supone un 5% en dos años.

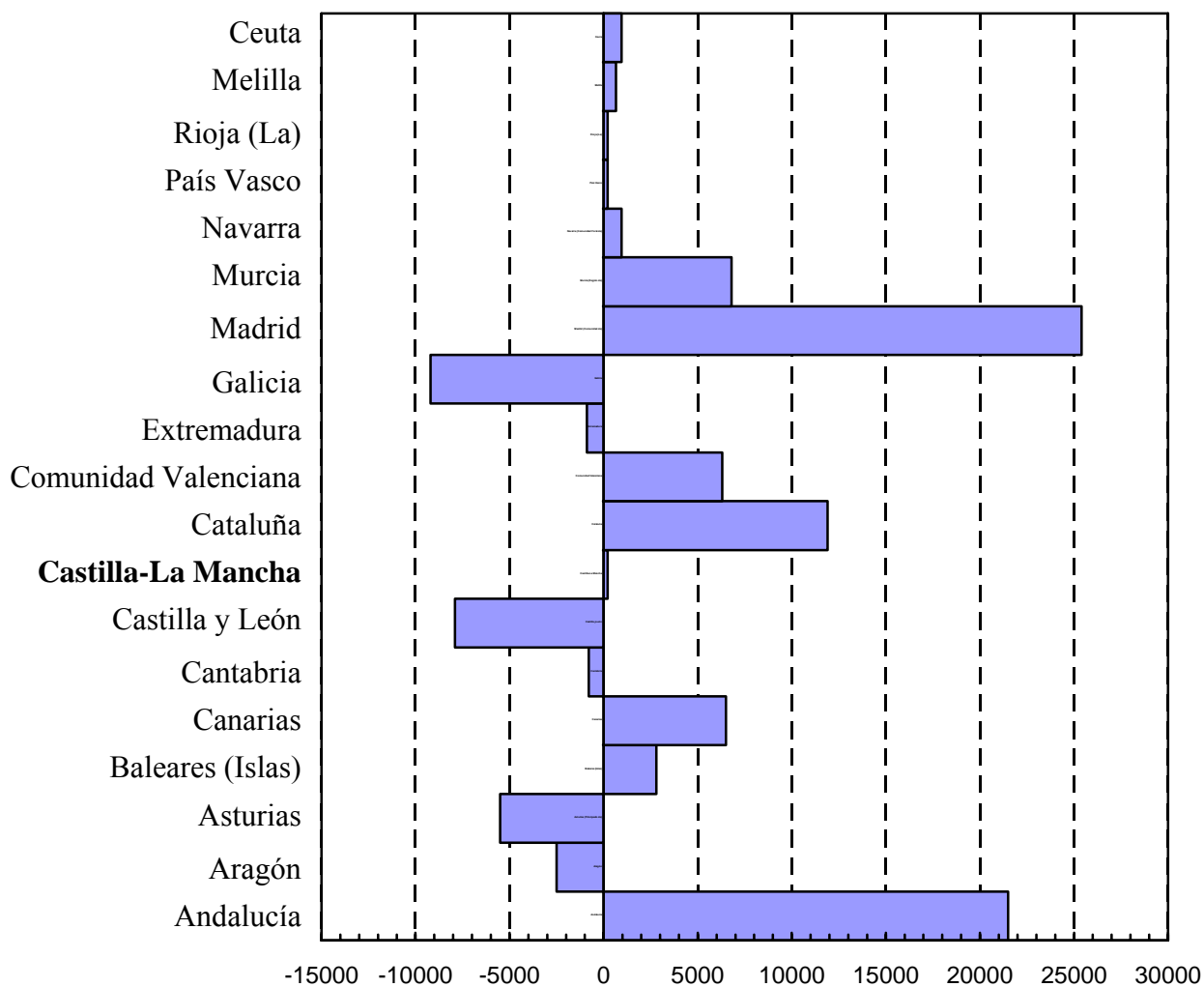
Con respecto a la población mayor de 65 años se estima en 318.056 habitantes para 2006 según datos del Instituto de Demografía.

La población de Castilla La Mancha representa el 4'32% de la misma en España.

El tamaño de la población es desigual en las distintas provincias, de tal forma que seis de cada diez castellano-manchegos residen en dos provincias (Toledo y Ciudad Real), mientras que sólo dos de cada diez residen en Cuenca y Guadalajara.

Característica relevante de esta Comunidad es su densidad de población por Km²: 21'5 habitantes, muy por debajo de la media nacional (78'4) y de la Unión Europea (146'7). Castilla-La Mancha es la tercera región más despoblada de dicha Unión.⁽⁸⁶⁾

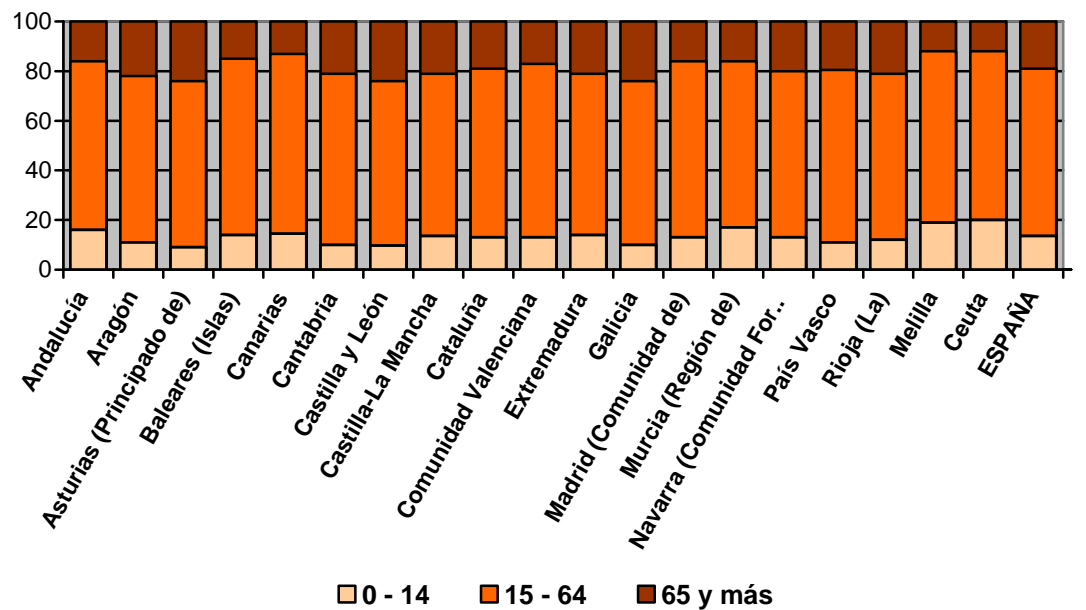
FIGURA 17. Distribución del crecimiento vegetativo por Comunidades Autónomas, 2003.



Nota: Cifras profesionales. Están clasificadas por lugar de inscripción del suceso demográfico.

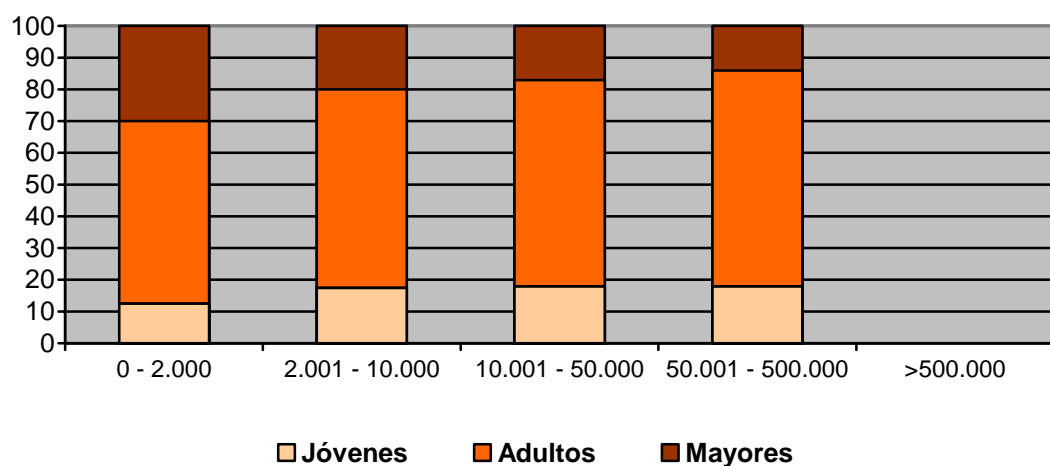
Fuente: INE. INEBASE: Movimiento natural de la población, 2003. INE, 2004

FIGURA 18. Población por grupos de edad. Comunidades autónomas, 2003



Fuente: INE. INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003. INE, 2004.

FIGURA 19. Población según tamaño municipal y grupos de edad (1), 2003



Grupo de edad:

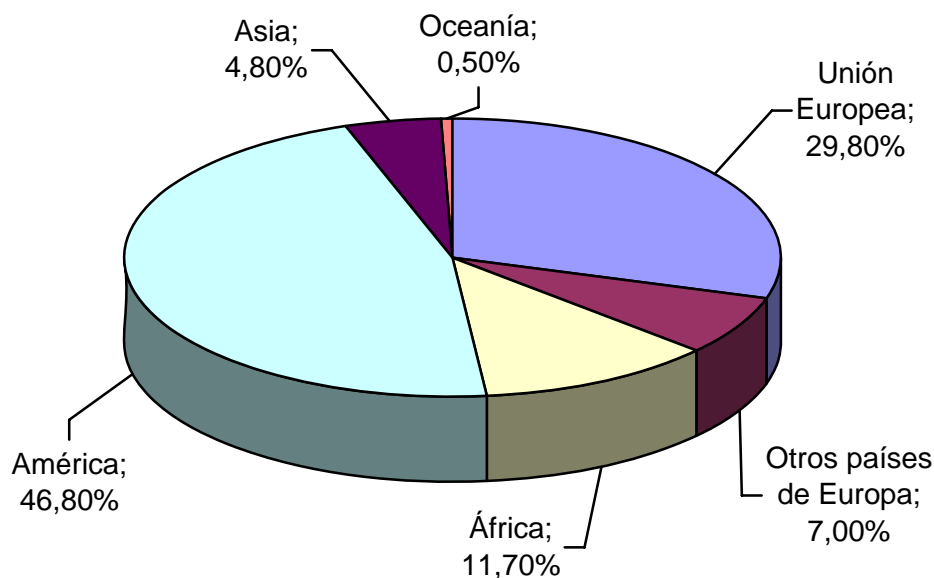
Jóvenes: población menor de 16 años.

Adultos: población de 16 a 64 años.

Mayores: población de 65 y más años.

Fuente: INE. INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003. INE, 2004.

FIGURA 20. Población extranjera de 65 años y más años residentes en Castilla-La Mancha, por país de nacionalidad, 2003



Fuente: INE. INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003. INE, 2004.

III.1.1.2. - Población de Albacete y provincia. - Población mayor de 65 años.

La población total de la provincia de Albacete es a fecha 19 de Julio de 2005, de 379.448 habitantes (Revisión del Padrón municipal 2004); 189.743 son varones (50%) y 189.705 mujeres (50%).⁽⁸⁷⁾

Tomando datos de 1.997, cuando se encontraban censados 342.677 habitantes, se observa un incremento poblacional de 36.771 habitantes en 7 años.

Referente a la población mayor de 65 años hay un total de 68.315 habitantes, de los cuales 30.236 son varones y 38.079 mujeres (el 18%): En 1.997 habían 49.675 mayores de 65 años (el 14%), de los cuales 21.971 eran varones y 27.704 mujeres. La provincia de Albacete supone el 21% aproximadamente de la población de Castilla La Mancha, con una densidad de población de 24'1 hab./Km², muy inferior a la media nacional (78'4 hab./km).

2.- METODO

1. SUJETOS DE ESTUDIO

Personas de 65 años o más que residen las 24 horas en Instituciones Públicas, Privadas o Mixtas de la provincia de Albacete.

2. DISEÑO

Estudio observacional descriptivo de carácter transversal mediante entrevista personal.

3. AMBITO DE ESTUDIO

Marco comunitario.

4. TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA. CUESTIONARIO UTILIZADO

A partir del Censo de ancianos institucionalizados en la Provincia de Albacete (2.331 en el año 2005), y, visitando 8 Residencias, se seleccionan mediante muestreo sistemático 246 sujetos. Constante de muestreo 2'6; nivel de confianza 95%; precisión +/-5%. Proporción de ancianos incapacitados desconocida. Se incrementará el tamaño de la muestra en un 20% para compensar las no respuestas.

5. CRITERIOS DE INCLUSION

Personas en condiciones físicas y psíquicas adecuadas para realizar la entrevista.

6. CRITERIOS DE EXCLUSION

Aquellos ancianos incapaces de responder al cuestionario por motivos de salud.

VARIABLES.

Variable principal.

1. Disfunción sexual. Sexualidad en el anciano. Por cuestionario.

Variables secundarias.

1. Existencia de Depresión en el Anciano. Mediante Escala de Depresión Geriátrica (GDS).
2. Apoyo Social dentro de la Institución. A través del cuestionario DUKE-UNC. Dimensiones confidencial y afectiva.
3. Capacidad funcional para ABVD. Mediante Índice de KATZ, que mide la Dependencia/Independencia.
4. Aceptación ante la Institucionalización y Satisfacción con la atención recibida (escala cualitativa). Características de la Institución (pública ó privada, nº de residentes, servicios sanitarios disponibles, características arquitectónicas, actividades recreativas a disposición de los ancianos)
5. Hábitos tóxicos: cuantificación del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. Se medirá mediante pregunta al anciano.

6. Morbilidad autopercebida declarada por el anciano. Consumo de medicación. Medicamentos que repercuten en disfunción sexual.
7. Estado de salud bucodental. Mediante Índice de CAOD (Careados, Ausentes, Obturados)...
8. Grado de actividad física. Mediante pregunta al residente.
9. Hábitos alimenticios. Mediante encuesta.
10. Utilización de servicios sanitarios. Frecuentación a consultas médicas y/o de enfermería durante el último mes. Mediante pregunta al anciano.
11. Características socio-demográficas: edad, sexo, estado civil, nº de hijos, nivel de escolaridad, profesión u ocupación, categoría social basada en el ámbito laboral, años de residencia, etc. Se realizará por cuestionario.

ANALISIS DE DATOS.

Una vez obtenidos y codificados los datos y, tras la depuración de los mismos se procederá a su análisis estadístico mediante el programa SPSS 11.5

Se realizará una descripción de las variables, mediante intervalos de confianza y representación gráfica de las mismas. Posteriormente, mediante pruebas de comparación de proporciones (al cuadrado), tendencia lineal (Mantel-Haenszel); medias (t de Student). Análisis de varianza.

Se realizará un análisis bivalente entre las variables dependientes (incapacidad física, psíquica, social y funcional) y el resto de los parámetros obtenidos. Utilizando las variables dependientes se construirán modelos de regresión múltiple o logísticas (según la naturaleza de éstas) para evitar factores de confusión y comprobar las asociaciones resultantes.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al tratarse de población anciana, nos podemos encontrar con sujetos con dificultad de expresión, apatía, poca colaboración, etc., lo cual requerirá un entrenamiento adecuado y la realización de la recogida de datos por parte del personal experto en el trato con ancianos.

El propio acceso a las Residencias. Dificultades que se pueden presentar en relación con la colaboración del personal encargado de los ancianos.

1.2. ESTADO ACTUAL DE LAS RESIDENCIAS EN LA PROVINCIA DE ALBACETE. JULIO 2005

Residencias Públicas: 8 (4 en la capital)

Total: 829 ingresados.

Residencias Mixtas: 12 (1 en la capital)

Total: 670 ingresados.

Residencias Privadas: 13 (5 en la capital)

Total: 823 ingresados.

Total Albacete capital: 10 Residencias.

Total resto Provincia: 23 Residencias

Nº total provincia de Albacete actualizado a 2005 es de 33 Residencias, con un total de 2331 plazas de Residentes Institucionalizados.⁽⁸⁸⁾

Según datos de 1996 el total de ancianos Institucionalizados en la provincia de Albacete era de 1007.

En 10 años se ha incrementado el nº de plazas en 1.324 lo que supone un 57%, con una media de 13,24 plazas nuevas año.

Datos comparativos del año 1996, con respecto a nº de Residencias.

- Albacete capital: 5 Residencias; 4 públicas y 1 privada, con un total de 500 plazas y 451 ingresados, con un índice de ocupación del 90,2%.
- Resto de la provincia: 11 Instituciones: 3 públicas y 8 privadas con un total de 606 plazas y 556 ingresados con un 91,7% de ocupación.

Se observa que en 10 años (período 1996-2005) se ha producido un incremento en cuanto al nº de Residencias de un 50% (en términos globales).

16 en 1996: 7 públicas, 9 privadas, frente a 33 en 2005: 8 públicas, 12 mixtas y 13 privadas.

Se observa también que han aumentado muy poco las públicas (1 en 10 años) frente a 4 de las privadas en el mismo período.

Hay que señalar que se ha producido un gran incremento en relación a las Residencias Mixtas (parte financiada por Servicios Sociales de la CACLM) con 12 Instituciones en 2005 frente a 0 en 1996.

MODELO DE SOLICITUD**MODELO DE SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE ENCUESTA EN LAS RESIDENCIAS E INSTITUCIONES DE MAYORES**

De Enrique Arjona Laborda. Médico de A.P. C.S. Alcaraz (Albacete)

A/A: Sr/a. Director/a de la Residencia de Mayores.

Estimado/a Señor/a:

Con motivo del proyecto, elaboración y futura defensa de mi TESIS DOCTORAL: “CONDUCTA SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN LA PROVINCIA DE ALBACETE”, es por lo que solicito su autorización para entrevistar a los residentes mediante un cuestionario que, con mucho gusto, le presentaré cuando concertemos la cita en esa Institución.

Agradeciéndole de antemano su colaboración, le saluda atentamente.

Fdo. Enrique Arjona Laborda

CUESTIONARIO UTILIZADO**CUESTIONARIO TESIS DOCTORAL****CONDUCTA SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN LA PROVINCIA DE ALBACETE**

AUTOR:

ENRIQUE ARJONA LABORDA

NOMBRE DE LA RESIDENCIA:.....

Nº DE ENCUESTA:.....

TIPO DE RESIDENCIA:.....

PUBLICA

PRIVADA

MIXTA

EDAD..... SEXO.....

HOMBRE 1

MUJER 2

CUESTIONARIO**¿DÓNDE VIVÍA ANTES DE INGRESAR AQUÍ?**

- ☐ Albacete capital
- ☐ Población de más de 10.000 habitantes
(Excepto Albacete capital)
- ☐ Población de menos de 10.000 habitantes

CAPACIDAD FUNCIONAL, ÍNDICE DE KATZ, DEPENDENCIA, INDEPENDENCIA.**BAÑO:**

¿Es usted capaz de bañarse solo o necesita que alguien le ayude?

- ☐ SI ☐ NO ☐ NS/NC

VESTIRSE:

¿Se viste sólo o precisa ayuda de otra persona?

- ☐ SI ☐ NO ☐ NS/NC

USO DEL WC:

¿Necesita que alguien le acompañe al WC y que después le limpie y le asee?

- ☐ SI ☐ NO ☐ NS/NC

MOVILIDAD:

¿Se levanta y acuesta en la cama usted solo o precisa ayuda de otra/s persona/s?

- ☐ SI ☐ NO ☐ NS/NC

CONTINENCIA DE ESFINTERES:

¿Se orina y defeca usted encima sin darse cuenta?

- ☐ SI ☐ NO ☐ NS/NC

ALIMENTACIÓN:

¿Se alimenta usted solo o necesita ayuda de otra persona?
(Para independiente: se excluye cortar la carne).

- ☐ SI ☐ NO ☐ NS/NC

La Escala que se ha utilizado para este trabajo es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), que fue desarrollada específicamente para la detección de depresión en ancianos. Consta de 30 ítems con respuesta Sí/No, lo que resulta más fácil de contestar en ancianos. Suele cumplimentarse en 15 minutos. Tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%, con un punto de corte de 10/11 para depresión mayor. Si se escoge el punto de corte de 15/15, se pierde algo de sensibilidad – hasta el 80% - ; pero la especificidad mejora hasta el 100%.⁽⁸⁰⁾

EXISTENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS, ESCALA G.D.S.

NOTAS: - Preguntarlo en PENÚLTIMO LUGAR.

- No preguntar al acompañante.
- Debe contestar sólo el anciano/a.
- Se refiere a los últimos TRES MESES.
- Rodear con un círculo la respuesta señalada.

¿Está satisfecho en el fondo con su vida?	SI	NO
¿Ha renunciado a muchas actividades y pasatiempos?	SI	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se aburre a menudo?	SI	NO
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
¿Está preocupado por pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?	SI	NO
¿Se encuentra alegre y optimista la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Teme que le vaya a suceder algo malo?	SI	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido?	SI	NO
¿Se encuentra con frecuencia desvelado y nervioso?	SI	NO
¿Prefiere quedarse en casa a salir fuera y hacer cosas nuevas?	SI	NO
¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	SI	NO
¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?	SI	NO
¿Cree que es agradable estar vivo?	SI	NO
¿Se siente a menudo desanimado y deprimido?	SI	NO
¿Se siente inútil en la situación actual?	SI	NO
¿Se preocupa del pasado?	SI	NO
¿Le parece que la vida es apasionante?	SI	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI	NO

¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
¿Siente que su situación es angustiosa?	SI	NO
¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	SI	NO
¿Se preocupa con frecuencia por cosas sin importancia?	SI	NO
¿Siente ganas de llorar a menudo?	SI	NO
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
¿Disfruta levantándose por las mañanas?	SI	NO
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI	NO
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SI	NO
¿Es su mente tan clara como antes?	SI	NO

MORBILIDAD

¿Cómo considera que es su salud?

1 Buena 2 Regular 3 Mala 4 Muy mala 5 NS/NC

¿Qué enfermedades más importantes padece usted?
(Objetivarlas mediante Hª clínica, si existe)

1 _____	4 _____	7 _____
2 _____	5 _____	8 _____
3 _____	6 _____	9 _____

¿Qué medicamentos toma usted con regularidad?

1 _____	4 _____	7 _____
2 _____	5 _____	8 _____
3 _____	6 _____	9 _____

¿Quién se los mandó?

- ☐ Médico general.
- ☐ Especialista.
- ☐ Automedicación. “Por su cuenta”.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- Estado civil:
- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> Soltero |
| 2 | <input type="checkbox"/> Casado |
| 3 | <input type="checkbox"/> Viudo |
| 4 | <input type="checkbox"/> Otro estado |
| | <input type="checkbox"/> NS/NC |

Nº de hijos vivos: _____

- Estudios que posee:
- | | |
|---|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> Analfabeto |
| 2 | <input type="checkbox"/> Lee y escribe |
| 3 | <input type="checkbox"/> Primarios incompletos |
| 4 | <input type="checkbox"/> Primarios completos |
| 5 | <input type="checkbox"/> Secundarios |
| 6 | <input type="checkbox"/> Superiores |
| 7 | <input type="checkbox"/> NS/NC |

Profesión u ocupación ejercida la mayor parte de su vida:

1 _____

2 _____

¿Y su cónyuge?

1 _____

2 _____

¿Cuántos meses o años lleva residiendo en este Centro?

años _____ meses _____

HÁBITOS TÓXICOS:

1ª ¿Ha sido usted consumidor de alcohol a diario antes?

SI ☐ NO ☐ (Si es negativa pasar a la 4ª)

2ª ¿Cuánto consumía? (nº de vasos, botellines, copas, etc)
Nota: Hay que cuantificarlo en gramos de alcohol
mediante lista cerrada de la encuesta

3ª ¿Qué era lo que más bebía?

1 ☐ Vino

2 ☐ Cerveza

3 ☐ Licores

4ª ¿Sigue usted bebiendo ahora?

1 ☐ SI

2 ☐ NO

Continúa si la respuesta es afirmativa.
Si es negativa, pasar a 7ª pregunta.

5ª ¿Qué es lo que bebe?

1 _____ 3 _____

2 _____ 4 _____

6ª ¿Cuánto al día? Cuantificarlo en gramos de alcohol.

_____ gramos de alcohol

7ª ¿Por qué lo dejó?

☐ Se lo mandó el médico.

☐ Le “sentaba mal”.

☐ Por propia voluntad aunque “le sentaba mal”.

☐ Porque se lo aconsejaron sus familiares, amigos, etc.

☐ Otros motivos. Especificar.

8ª ¿Ha sido usted fumador?

☐ SI

☐ NO (Si es negativa pasar a la 10ª)

9ª ¿Cuántos cigarros, puros, pipas, fumaba usted al día?

☐ Cigarrillos _____

☐ Puros _____

☐ Pipas _____

10ª ¿Fuma usted ahora?

☐ SI

☐ NO (Si es negativa pasar a la 12ª)

11ª ¿Cuántos cigarros, puros, pipas, fuma usted ahora al día?

☐ Cigarrillos _____

☐ Puros _____

☐ Pipas _____

12ª ¿Por qué dejó de fumar?

☐ Se lo mandó el médico

☐ Se encontraba mal, se fatigaba, tosía con frecuencia.

☐ Por propia voluntad, aunque le gustaba fumar.

☐ Porque se lo aconsejaron sus familiares, amigos, etc.

☐ Otros motivos. (Especificar).

13ª ¿Ha tomado usted café todos los días?

☐ SI

☐ NO (Si es negativa pasar a la 15ª)

14ª ¿Cuántas tazas tomaba al día?

☐ N° de tazas _____

15^a Toma ahora café a diario.

☐ SI

☐ NO (Si es negativa pasar a la 17^a)

16^a ¿Cuántas tazas toma ahora al día?

☐ N° de tazas _____

17^a ¿Por qué lo ha dejado?

☐ Se lo mandó el médico.

☐ Porque “le sentaba mal”.

☐ Por propia voluntad aunque “le sentaba mal”.

☐ Porque se lo aconsejaron sus familiares, amigos, etc.

☐ Otros motivos. (Especificar).

18^a ¿Ha consumido usted en alguna ocasión alguna droga?
(Ejemplo: “Porros”, cocaína, heroína, etc.)

☐ SI (Si fuese afirmativa pasar a la siguiente)

☐ NO

19^a ¿Qué sustancias consumía?

☐ “Porros”

☐ Cocaína

☐ Heroína

☐ Otras (Especificar)

20^a ¿Consume usted alguna ahora?

☐ SI

☐ NO (Si es negativa se concluye este apartado)

21^a ¿Cuál?

1 _____ 3 _____

2 _____ 4 _____

ACEPTACIÓN ANTE LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

Usted se encuentra aquí ingresado por:

- 1 ☐ Voluntad suya, propia.
- 2 ☐ Porque así lo ha querido su familia.
- 3 ☐ Porque no tenía quien lo atendiera.
- 4 ☐ Otros motivos. (Especificar cuales).

Sus familiares, ¿le visitan con frecuencia?

- 1 ☐ SI
- 2 ☐ NO

¿Cada cuánto tiempo le visitan sus hijos?

- 1 ☐ Todos los días.
- 2 ☐ 1-2 veces por semana.
- 3 ☐ 1-2 veces cada 15 días.
- 4 ☐ 1-2 veces al mes.
- 5 ☐ Nunca
- 6 ☐ Otros. (Especificar).

¿Le visitan ahora más o menos que antes cuando usted ingresó en esta residencia?

- 1 ☐ Más
- 2 ☐ Menos
- 3 ☐ Igual
- 4 ☐ NS/NC

Las vacaciones de:

- 1 ☐ Navidad
- 2 ☐ Semana Santa
- 3 ☐ Verano
- 4 ☐ No

¿Las pasa con sus familiares?

¿Cómo está de satisfecho con las atenciones que le proporcionan los empleados y el personal de este Centro?

- 1 ☐ Muy satisfecho
- 2 ☐ Satisfecho
- 3 ☐ Poco satisfecho
- 4 ☐ Nada satisfecho
- 5 ☐ NS/NC

Dígame una cosa: Al principio de estar aquí ingresado
¿Se encontraba usted triste, desanimado?

- 1 ☐ SI
- 2 ☐ NO
- 3 ☐ NS/NC

¿Se ha acostumbrado a vivir aquí?

- 1 ☐ SI
- 2 ☐ NO
- 3 ☐ NS/NC

¿Cuánto tiempo le costó adaptarse a este tipo de vida?

Años _____ Meses _____

¿Tiene más libertad o menos que cuando vivía en su casa?

- 1 ☐ Más
- 2 ☐ Igual
- 3 ☐ Menos
- 4 ☐ NS/NC

Antes de venir aquí ¿con quien vivía?

- 1 ☐ Con su cónyuge
- 2 ☐ Con sus hijos
- 3 ☐ Con su cónyuge e hijos
- 4 ☐ Con sus hermanos/as
- 5 ☐ Con personas ajenas a la familia
- 6 ☐ Solo

Antes de vivir en la Residencia ¿vivía a gusto?

- 1 ☐ SI
- 2 ☐ NO
- 3 ☐ Regular
- 4 ☐ NS/NC

¿Cómo es su habitación?

- 1 ☐ Individual
- 2 ☐ Compartida con su cónyuge
- 3 ☐ Compartida con otra persona
- 4 ☐ Compartida con más de una persona
¿Cuántos? sin contarse él

Le parece que su habitación es:

- 1 ☐ Pequeña
- 2 ☐ Mediana
- 3 ☐ Grande
- 4 ☐ NS/NC

¿Dispone de cuarto de baño y aseo en su habitación?

- 1 ☐ SI
- 2 ☐ NO

¿Le limpian todos los días la habitación?

- 1 ☐ SI
- 2 ☐ NO

¿El cambio de ropa de cama es diario?

- 1 ☐ SI
- 2 ☐ NO

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

¿Cuántas veces ha consultado al médico y/o al practicante o enfermera en el mes pasado?

- 1 ☐ Médico N° de veces _____
- 2 ☐ Enfermera N° de veces _____
- 3 ☐ Practicante N° de veces _____

¿Por qué ha consultado?

- 1 ☐ Por razones de salud
- 2 ☐ Pos recetas, papeles, etc

GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA

¿Realiza usted algún deporte o alguna actividad física con regularidad?

- 1 ☐ SI (Si es afirmativa, continuar)
- 2 ☐ NO (Si es negativa pasar directamente a la última pregunta)

¿Qué tipo de actividad física práctica usted?

- | | |
|---------|---------|
| 1 _____ | 5 _____ |
| 2 _____ | 6 _____ |
| 3 _____ | 7 _____ |
| 4 _____ | 8 _____ |

¿Cuánto tiempo dedica a practicar deporte o esa actividad física?

- 1 ☐ Media hora/día
- 2 ☐ Una hora/día
- 3 ☐ Más de una hora/día

¿Lo practica usted con regularidad?

- 1 ☐ Todos los días.
- 2 ☐ 2-3 veces por semana.
- 3 ☐ 1 vez por semana.
- 4 ☐ 2-3 veces/mes.
- 5 ☐ Una vez/mes.
- 6 ☐ Cuando se le ocurre o le apetece.
- 7 ☐ Otras opciones. (Especificar).

¿Por qué no practica ningún deporte o actividad física?

- 1 ☐ No tengo costumbre.
- 2 ☐ No tengo ocasión.
- 3 ☐ Por motivos de salud.
- 4 ☐ Otros. (Especificar).

ESTADO DE SALUD BUCODENTAL, INDICE CAOD.

- 1 ☐ Edéntulo
- 2 ☐ Prótesis parcial
- 3 ☐ Prótesis total
- 4 ☐ Dentadura natural
- 5 ☐ Piezas anómalas:
- Careados n° _____
- Ausentes n° _____
- Obstruidos n° _____

¿Mantiene usted una limpieza adecuada y diaria de su dentadura?

- 1 ☐ SI
- 2 ☐ NO
- 3 ☐ NS/NC

¿Cuándo era niño o joven se cepillaba los dientes todos los días?

- 1 ☐ SI
- 2 ☐ NO

¿Le daba importancia antes a la salud de su boca?

- 1 ☐ SI
- 2 ☐ NO

¿Le da importancia ahora al estado de su boca?

- 1 ☐ SI
- 2 ☐ NO

¿A usted le ponen comidas especiales, distintas a las de los demás, debido a algunas enfermedades que padece?

1 ☐ SI

2 ☐ NO

NOTA: A ser posible deberíamos conseguir un menú semanal que se encuentre disponible en la cocina del Centro para averiguar la variedad de la dieta.

SEXUALIDAD EN EL ANCIANO (Importante: PREGUNTARLO EN ÚLTIMO LUGAR)

¿Le interesan los temas relacionados con el sexo?

1 ☐ Mucho

2 ☐ Bastante

3 ☐ Algo

4 ☐ Poco

5 ☐ Nada

¿Es usted sexualmente activo/a?

1 ☐ Sí, frecuentemente

2 ☐ Sí, con cierta frecuencia

3 ☐ Sí, a veces

4 ☐ Muy pocas veces

5 ☐ NO

¿Cree usted que se ha modificado su apetencia sexual?

1 ☐ Sí, favorablemente

2 ☐ Sí, algo favorable

3 ☐ No, en nada

4 ☐ Sí, algo desfavorablemente

5 ☐ Sí, desfavorablemente

SÓLO PARA HOMBRES:

¿Tiene dificultad para conseguir o mantener la erección?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Muy pocas veces
- 3 ☐ Sí, a veces
- 4 ☐ Sí, con cierta frecuencia
- 5 ☐ Sí, frecuentemente

¿Ha notado dificultad para eyacular?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Muy pocas veces
- 3 ☐ Sí, a veces
- 4 ☐ Sí, con cierta frecuencia
- 5 ☐ Sí, frecuentemente

ESTADO MENTAL.

Ahora le voy a hacer unas preguntas para ver como contesta usted:

- 1.- ¿Qué fecha es hoy? Día_____ Mes_____ Año_____
- 2.- ¿Qué día de la semana es hoy? _____
- 3.- ¿Cómo se llama este lugar donde se encuentra usted ingresado? _____
- 4.- ¿A qué pueblo o municipio pertenece? _____
- 5.- ¿Qué edad tiene usted? _____
- 6.- ¿En qué fecha nació? Día_____ Mes_____ Año_____
- 7.- ¿Cómo se llama el Rey que tenemos ahora en España? _____
- 8.- ¿Quién mandaba en España antes que el Rey? _____
- 9.- ¿Cómo se llama su madre de usted? _____
- 10.- Si a 20 duros le quitamos 3 quedan _____
y si le quitamos otros 3 quedan _____

NOTA: Hay que anotar el total de errores ajustados.

APOYO SOCIAL Dimensiones confidencial y afectiva.

Cuestionario DUKE-UNC (1982). Las respuestas se miden mediante una escala de Likert (Puntuación del 1 al 5). El 3 sería intermedio.

CUESTIONARIO APOYO SOCIAL

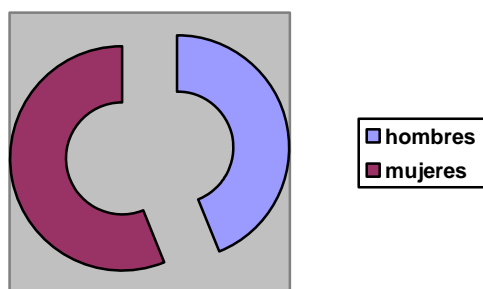
	<u>Tanto como deseo</u>	<u>Mucho menos de lo que deseo</u>
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares	/...../...../...../...../...../	
2.- Recibo ayuda de asuntos relacionados con mi casa.	/...../...../...../...../...../	
3.- Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo.	/...../...../...../...../...../	
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.	/...../...../...../...../...../	
5.- Recibo amor y afecto.	/...../...../...../...../...../	
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en la casa.	/...../...../...../...../...../	
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.	/...../...../...../...../...../	
8.- Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.	/...../...../...../...../...../	
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.	/...../...../...../...../...../	
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.	/...../...../...../...../...../	
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.	/...../...../...../...../...../	

IV.-RESULTADOS

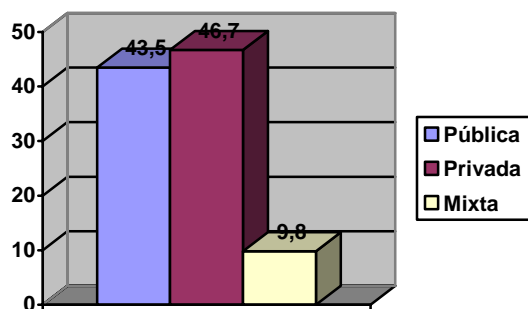
1.- Descripción de la muestra

Han participado en la encuesta 246 personas institucionalizadas en Residencias de la provincia de Albacete de las que el 56.1% eran mujeres.

La edad media fue de 78,58 con una desviación estándar (de) de +/- 6,42



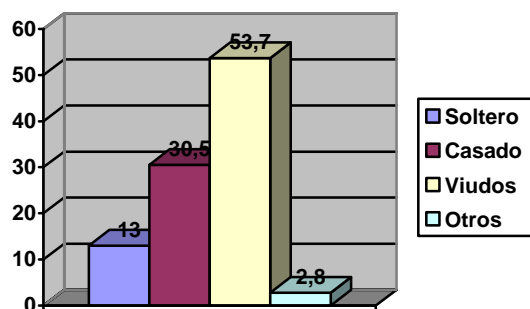
Según el tipo de institucionalización se han clasificado en pública, privada y mixta.



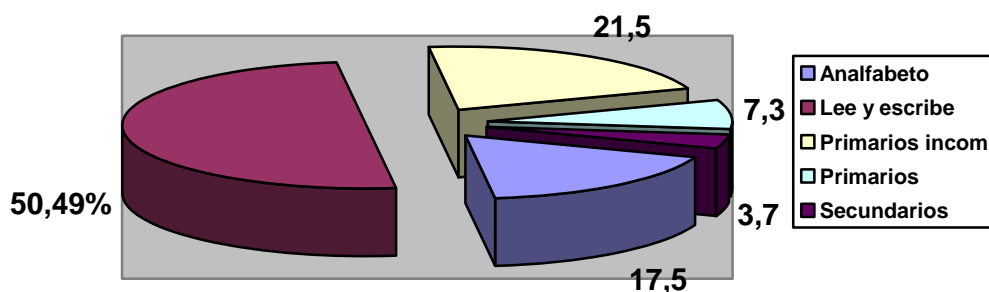
Según la ciudad de procedencia tenemos:

	Frecuencia	Porcentaje válido
ALBACETE	101	41,1
POBLACIÓN > 10.000 hab	85	34,6
POBLACIÓN < 10.000 hab	60	24,4
Total	246	100,0

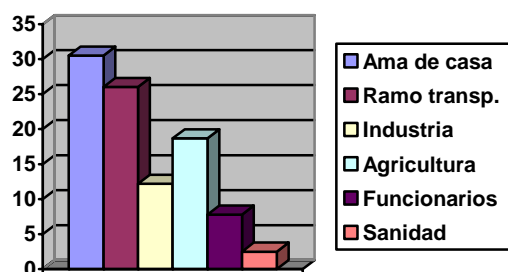
En cuanto al estado civil se puede observar:



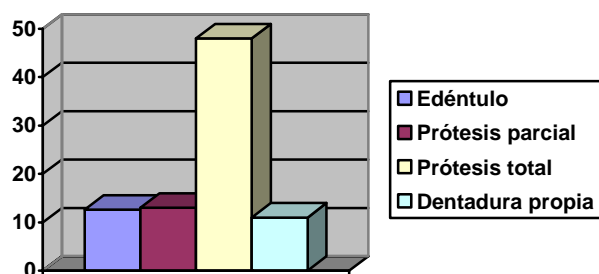
Según el tipo de estudios:



Según la profesión:



El numero de hijos vivos era de 2,01 con una desviación estándar (de) de 1,41.
Índice CAOD



2.- Hábitos

Según hábitos respecto a tóxicos, se obtuvo que el 41,9% ha bebido alcohol de forma casi habitual, sobre todo vino sólo en un 29,1% y con cerveza en el 30,1%, mientras bebían cerveza sólo el 24,3%.

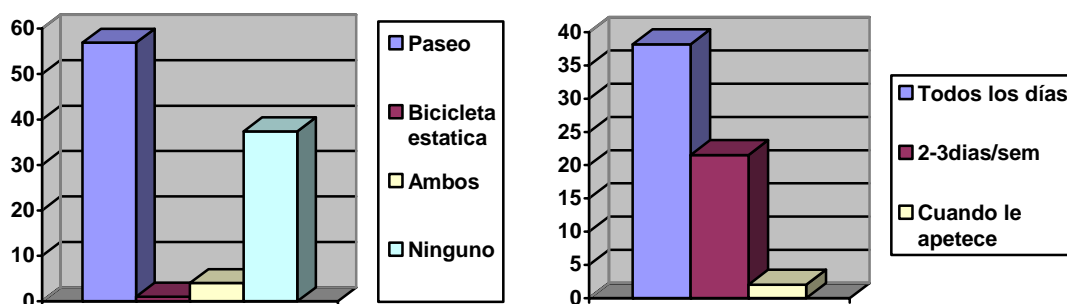
Actualmente sólo bebe el 8,7% vino o cerveza de forma casi ocasional, refieren que casi el 44,7% lo dejó por prescripción facultativa y sólo el 25,2% por su propia voluntad.

Respecto al tabaco, el 39% ha fumado al menos un paquete al día de los cuales sólo fuma actualmente el 5%, la mayoría lo dejó por su propia voluntad.

Ha consumido café de forma habitual (una media de 2-3 tazas/día) el 58,1%, de los que actualmente solo lo hace el 25,3%, la mayoría lo dejó por que le sentaba mal.

Ninguno admite haber tomado algún tipo de drogas.

Respecto a su actividad física el 61,8% refiere hacer algún tipo de ejercicio y un 37,8% no hace ningún ejercicio.



El 65,9% tiene higiene dental diaria, si bien el 74% dan importancia al estado bucodental.

En cuanto al consumo de fármacos, se puede observar que el 3% toma al menos 5 fármacos distintos, el 12% toma 4 fármacos, el 29% toma 3, el 33,6% toma 2 y el 25,1% toma 1.

En cuanto al tipo de fármacos que toma: el 30% toma gastroprotectores o antiulcerosos, el 25% diuréticos, el 15% antihipertensivos, el 12% vasodilatadores y antiagregantes, el 9,5% broncodilatadores, el 22,5% antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos, el 5,5% ansiolíticos/antidepresivos, el 8,6% insulinas/antidiabeticos orales, el 2,5 flebotónicos y el 5,2% hipolipemiantes.

3.- Hábitos sexuales

Respecto a su interés por el sexo, el 41,5% refiere no tener ninguno.

	Frecuencia	Porcentaje
BASTANTE	3	1,2
ALGO	71	29,0
POCO	69	28,2
NADA	102	41,6
Total	245	100,0
Total	246	

En cuanto a la frecuencia con que practica alguna actividad sexual:

	Frecuencia	Porcentaje
SI, CON CIERTA FRECUENCIA	1	0,4
SI, A VECES	28	11,4
MUY POCAS VECES	71	28,9
NO	145	58,9
Total	245	99,6
Total	246	100,0

Y según la apetencia:

	Frecuencia	Porcentaje
NO, EN NADA	6	2,4
SI, ALGUNA VEZ	116	47,2
SI,	123	50,0
Total	245	99,6

Sobre las posibles alteraciones en los hombres

	Erección	Dificultad eyaculación
A veces	6,5%	8,1%
Con cierta frecuencia	18,7%	17,1%
Sí frecuentemente	17,1%	17,1%

Al relacionar el interés por la sexualidad con el tipo de sexo se obtiene una relación estadísticamente significativa, ya que entre las mujeres el interés es mínimo ($p=0,000$)

			sexo		Total
			HOMBRE	MUJER	
Tema sexo	BASTANTE	Recuento	3	0	3
		% de sexo	2,8%	,0%	1,2%
	ALGO	Recuento	42	29	71
		% de sexo	39,6%	20,9%	29,0%
	POCO	Recuento	38	31	69
		% de sexo	35,8%	22,3%	28,2%
	NADA	Recuento	23	79	102
		% de sexo	21,7%	56,8%	41,6%
Total		Recuento	106	139	245
		% de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto a la práctica de actividades sexuales, igualmente se obtiene una relación estadísticamente significativa ($p=0,000$)

			sexo		Total
			HOMBRE	MUJER	
activo	SI, CON CIERTA FRECUENCIA	Recuento	1	0	1
		% de sexo	,9%	,0%	,4%
	SI, A VECES	Recuento	20	8	28
		% de sexo	18,9%	5,8%	11,4%
	MUY POCAS VECES	Recuento	39	32	71
		% de sexo	36,8%	23,0%	29,0%
	NO	Recuento	46	99	145
		% de sexo	43,4%	71,2%	59,2%
Total	Recuento	106	139	245	
	% de sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Cuando se relaciona la edad con el interés o práctica del sexo se obtiene igualmente una relación significativa ($p=0,005$)

Interés				Práctica			
	N	Media	Desviación típica		N	Media	Desviación típica
BASTANTE	3	68,67	0,577	SI, CON CIERTA FRECUENCIA	1	68,00	.
ALGO	71	73,11	4,059	SI, A VECES	28	71,68	3,465
POCO	69	78,07	4,343	MUY POCAS VECES	71	74,89	4,104
NADA	102	83,03	5,619	NO	145	81,80	5,688
Total	245	78,58	6,427	Total	245	78,58	6,427

Relación estadísticamente significativa ($p=0,005$) y así a mayor edad los problemas son mas frecuentes

(I) activo	(J) activo	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
SI, A VECES	MUY POCAS VECES	-3,209(*)	1,128	0,013
	NO	-10,121(*)	1,044	0,000
	NO	-6,913(*)	0,732	0,000
MUY POCAS VECES	MUY POCAS VECES	6,913(*)	0,732	0,000
	SI, A VECES	3,209(*)	1,128	0,013
NO	SI, A VECES	10,121(*)	1,044	0,000

*la diferencia entre las medias es significativa ($p=0,005$)

Igualmente los problemas de eyaculación aumentan con la edad:

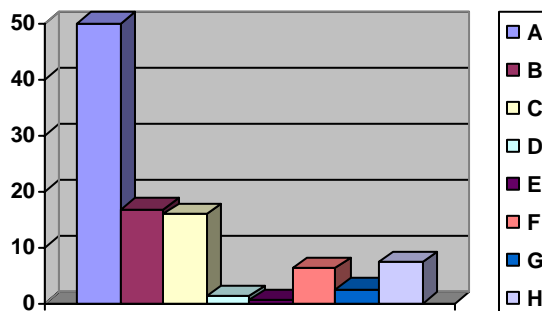
(I) dif_eyacular	(J) dif_eyacular	Diferencia de medias (I-J)	Error típico
SI, A VECES	SI, CON CIERTA FRECUENCIA	-5,333(*)	1,488
	SI, FRECUENTEMENTE	-10,595(*)	1,488
	SI, CON CIERTA FRECUENCIA	-5,262(*)	1,195
	SI, CON CIERTA FRECUENCIA	5,262(*)	1,195
SI, CON CIERTA FRECUENCIA	SI, A VECES	5,333(*)	1,488
SI, FRECUENTEMENTE	SI, A VECES	10,595(*)	1,488

*La diferencia de las medias es significativa ($P < 0,05$)

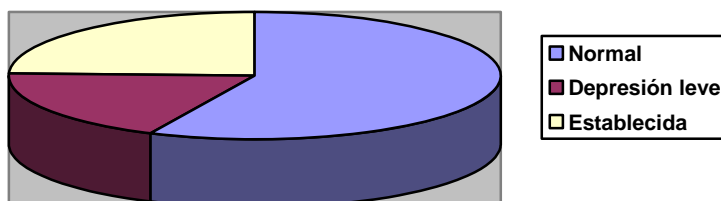
4.- Estado de Salud actual desde el punto de vista físico, psíquico, social y funcional

4.1 Índice de Katz de Actividades Básicas de la Vida diaria

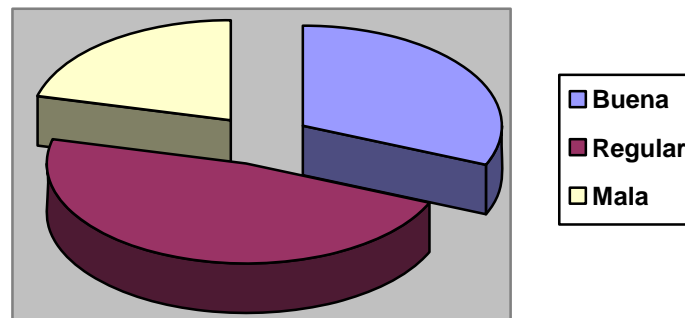
- (A) Independiente en todas las funciones.
- (B) Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- (C) Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera.
- (D) Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- (E) Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera.
- (F) Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- (G) Dependiente en todas las funciones.
- (H) Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.



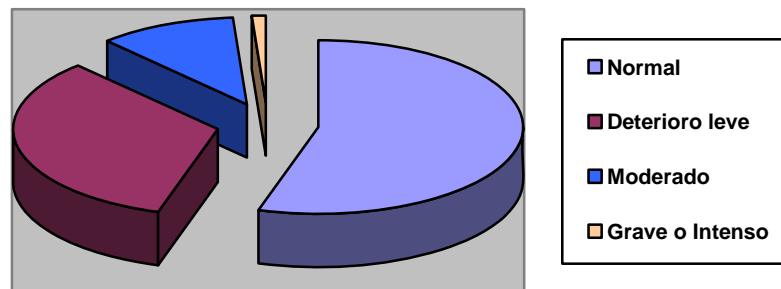
4.2 Depresión



4.3 Estado de Salud



4.4 Deterioro cognitivo. Test de Pfeiffer



4.5 Test de Apoyo Social. Duke

Para el cálculo de la puntuación global del Duke, hay que tener en cuenta que las respuestas están puntuadas al revés del estándar, es decir, se puntúa como 1 la respuesta 'mucho menos de los que deseo' y como 5 'tanto como deseo'. Por ello, se calcula la puntuación total como 55 (máxima puntuación) menos la suma de ítems por paciente.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
TOTAL DUKE	244	7,00	44,00	23,8074	4,38945

En cuanto a padecimiento de enfermedades: el 2% padece 5 enfermedades a la vez, el 10,5% 4, el 36% 3, el 42% 2 y sólo el 8,6% una.

Por sistemas, en el aparato genitourinario se localiza el 24% de las enfermedades, en el sistema endocrino-metabólico 3%, osteoarticular 27%, sistema nervioso el 16%, circulatorio el 23%, respiratorio el 18% y digestivo el 24%.

5.- Internamientos y familias

El 54,5% de los encuestados admite que ingresó en la Residencia por su propia voluntad, de los que el 50% recibe visitas de familiares habitualmente.

	Frecuencia	Porcentaje
VOLUNTAD SUYA, PROPIA	134	54,5
PORQUE ASÍ LO HA QUERIDO SU FAMILIA	55	22,4
PORQUE NO TENIA QUIEN LO ATENDIERA	29	11,8
OTROS MOTIVOS	20	8,1

Motivos de Ingreso en Residencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
TODOS LOS DÍAS	3	1,2	1,3
1-2 VECES POR SEMANA	37	15,0	15,8
1-2 VECES CADA 15 DÍAS	72	29,3	30,8
1-2 VECES AL MES	70	28,5	29,9
NUNCA	31	12,6	13,2
OTROS	10	4,1	4,3

Frecuencia de visitas

Fechas de visita

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	NAVIDAD	98	39,8	40,0
	SEMANA SANTA	1	0,4	0,4
	VERANO	2	0,8	0,8
	NO	140	56,9	57,1

En cuanto a la satisfacción con la atención y habitabilidad de la Residencia:

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	MUY SATISFECHO	91	37,0
	SATISFECHO	146	59,3
	POCO SATISFECHO	9	3,7
	Total	246	100,0

Satisfacción con la Residencia

El 47,6% se encuentra triste en la Residencia pero el 92,7% se ha acostumbrado, con un tiempo de adaptación medio de 2 - 3 meses; el 61% piensa que se ha mermado su libertad.

Al 64,2% le parece que el tamaño de su habitación es aceptable y el 92,5% la comparte (el 30,5% con su pareja y el 62% con otra persona).

Refieren que visitan al médico una media de 5 veces al mes (de +/-1,1) y a la enfermera 12 veces al mes (de +/- 3,6)

El 37,4% ocupa su tiempo en talleres ocupacionales.

Calidad de Vida

En nuestro estudio, durante las encuestas y de manera totalmente aleatoria se preguntó a 139 ancianos/as: ¿Qué entiende usted por Calidad de Vida?.

La respuesta debía ser una entre las cuatro que se propusieron:

- 1.- Tener buena situación económica.
- 2.- Tener buena salud.
- 3.- No tener que depender de nada ni de nadie
- 4.- No sabe lo que significa Calidad de Vida

El resultado obtenido fue el siguiente:

Edad media: 78 años. Varones: 55 (39,5%). Mujeres (60,5%). El 7,1% respondió a la primera pregunta. El 48,9% optó por la opción 2. El 28% se decantó por la respuesta 3 y el 15,8% no supo contestar la pregunta 4.

V.-DISCUSION

1. Sobre sexualidad

Sexualidad en Ancianos

Se tiende a ver a las personas después de los 70 años de edad como “abuelos” y carentes de sexualidad, pero un porcentaje relativamente alto tienen una sexualidad activa y satisfactoria.

La sexualidad alcanza su máxima expresión entre los 25 y 40 años y después declina en ambos sexos, en las mujeres la disminución de la lubricación vaginal provoca dolor en las relaciones sexuales, lo que se asocia a trastornos del ánimo y disminución del deseo. Un estudio reciente⁽⁸⁹⁾ refiere que en las mujeres a partir de los 60 años el porcentaje de actividad sexual cae un 50% y además en las que permanecen activas aumenta el porcentaje de disfunciones sexuales. Así, se ha visto que hay un aumento de la prevalencia de disfunciones sexuales del 22% al 66% en las mujeres mayores de 60 años.

Por otra parte, en los hombres de esta edad se ha visto un aumento de prevalencia de disfunción eréctil; se ha estimado que el 5% de los hombres sin disfunción eréctil la presentarán en los próximos 12 meses.

El hecho más relevante es que si en la menopausia el problema es especialmente femenino en la postmenopausia el problema es esencialmente masculino. No obstante, la sexualidad no se acaba con la menopausia ni con la jubilación y la mayor parte de la información sobre la sexualidad de los ancianos es poco fiable.

Los problemas sexuales más frecuentes son la falta de deseo o excitación sexual (25% en hombres y 35% en mujeres), la falta de orgasmo (5% en hombres y 30% mujeres) y la eyaculación precoz (35% de los hombres).

En nuestro estudio se puede ver cómo estas disfunciones sexuales se confirman como frecuentes en las personas mayores institucionalizadas siendo incluso más frecuentes la falta del deseo, que llega a ser casi un 42%, sobre todo en mujeres, y las alteraciones de la función eréctil y la eyaculación en hombres (18-21%).

En España hay diversas encuestas sobre comportamiento sexual pero en muchos casos casi obvian la sexualidad de los mayores. Un hecho muy relevante desde el punto de vista de la sexualidad de los españoles fue la publicación en 1971 de “El libro de la Vida Sexual” dirigido por el doctor López Ibor, donde al tema de la sexualidad de los mayores le dedica 4 de las casi 650 páginas. Según esta obra la sexualidad involuciona entre los 47 y 55 años y a partir de ahí todo son ocasos, imposibilidades y lujurias.

Veinte años después, para otro libro clave, el de Malo de Molina⁽¹⁵⁾, tampoco debe existir la sexualidad a partir de los 50 años y según éste sólo el 50% de los mayores de 50 años practican sexo al menos una vez al mes y coincidiendo con fiestas o fines de semana. El 33% creían sentirse sexualmente satisfechos sin necesidad de penetración, el 28% se masturbaba y el 50% referían fantasías sexuales, a las que recurrían cuando practicaban sexo con su pareja.

Actualmente no existen fuentes estadísticas sobre la sexualidad en la vejez. Y estas fuentes sobre el sexo no suelen incluir a las personas ancianas.

¿Son incompatibles la vejez y el sexo?. A la vista de los estudios realizados por equipos especializados en esta materia parece que no. Entonces, ¿por qué esta carencia?

Todos los datos estadísticos disponibles sobre la cuestión han sido obtenidos de investigaciones realizadas, en diferentes momentos y ámbitos, por especialistas en el tema.

En el VIII Congreso Español de Sexología (2004) la Federación Española de Sociedades de Sexología presentó un “Estudio sobre las actitudes y los hábitos sexuales en España”, poniendo de manifiesto que la relevancia del sexo decae a partir de los 56 años de edad, llegando a considerarse como nada o poco importante en un 57% a partir de los 55 años de edad. Este porcentaje es sólo del 20% cuando se trata de la media de todas las edades. En la tercera parte de la ponencia dedicada a los problemas sexuales de los españoles, muestra que aquellos son más habituales en la población de los ancianos, especialmente los relacionados con la impotencia en los varones.

En nuestro estudio, el 41,5 % ha referido no tener ningún interés con respecto a la sexualidad, cifras ligeramente inferiores a los estudios referidos.

El último de los estudios españoles sobre esta cuestión, realizado en Sevilla por Moioli (2005), con ancianos institucionalizados en residencias geriátricas, concluye que la sexualidad dura toda la vida y que es beneficiosa para la salud aunque existe disminución en la frecuencia de los actos sexuales conforme avanza la edad, sobre todo en las mujeres.

Otro estudio reciente es el realizado por Cibeles Lorenzo (2004). Alguna de las conclusiones más interesantes muestra que los ancianos tienen poca privacidad para mantener relaciones ya que muchos están institucionalizados o viven con familiares. Consideran que las relaciones sexuales son agradables, y un dato relevante es la insuficiente información que reciben los mayores sobre el sexo.

Pero la carencia de información sobre cuestiones sexuales ya había sido nombrada anteriormente por Corominas Clemente (1994). En un estudio realizado con población anciana en el que con otros resultados daba el dato significativo de la falta de información sexual a los mayores.

En nuestro estudio se puede comprobar cómo a pesar de que el aumento de la edad puede traer consigo la poca privacidad para mantener relaciones, sobre todo cuando están institucionalizados, no tendría por qué ser paralelo a la disminución en la frecuencia de relaciones sexuales, aunque lo es. Si no hubiese tantas prevenciones y tanta falta de comunicación en estos aspectos, la cosa cambiaría y con la edad se ganaría experiencia en sexualidad del mismo modo que se gana en otras facetas de la vida.

Al igual que en el medio ambulatorio los ancianos son poco proclives para manifestarse sobre temas sexuales y/o relaciones íntimas, hemos visto también en nuestro trabajo las mismas reacciones (excesivos tabúes, moralidad, temor a ser

descubiertos...). Observamos que toleran mejor este tema en privado que en compañía, aunque sea un familiar. Hemos tenido que actuar con suma discreción viendo las mismas características en diversos trabajos consultados.

Al envejecer no se pierde el deseo sexual. Disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales, pero los deseos, los sueños, las fantasías, se mantienen intactos, como afirma la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). En nuestro estudio el interés por los temas sexuales así como el grado de actividad es bajo.

Las personas mayores no deben sentir prejuicios frente a la propia edad. Las relaciones sexuales en los mayores pueden ser tan bellas como en cualquier etapa de la vida.

Cuando se habla de sexualidad nos referimos no sólo a la genitalidad o reproducción, si no también a amor, ternura, afecto, deseo y necesidad del otro. Las personas mayores pueden disfrutar de la intimidad sexual, de amar y ser amadas. Hay que adaptarse a los cambios de nuestro cuerpo, y sobre todo pensar que el sexo no sólo es cosa de jóvenes.

Como medida general, en las mujeres se puede recurrir a cremas que contrarresten la sequedad vaginal, mientras que los varones se pueden beneficiar de medicamentos que deben ser siempre prescritos por el médico.

En nuestro estudio, el 4,8% han utilizado Sildenafil en alguna ocasión. De éstos el 90% con su pareja o mujer. El resto han sido relaciones muy esporádicas.

Se imponen consejos por parte de expertos en el tema sobre medidas que hagan más atractiva la relación de pareja. Hemos observado que en tres residencias estudiadas existen ciertas medidas tales como charlas y/o conferencias por expertos, aunque consideramos que no son suficientes dada la poca frecuencia con que se realizan.

La pérdida de la pareja, sobre todo en edades tardías, ha condicionado en nuestro trabajo, la renuncia prácticamente total a la sexualidad. Las parejas que no han tenido una buena relación de convivencia, ha determinado actitudes negativas hacia la sexualidad.

En 1948 se publicó el primer estudio sobre las relaciones sexuales en la vejez. Kinsey et al⁽¹⁹⁾ fueron los primeros en documentar la existencia de un declive gradual en la actividad y en el interés sexual con el envejecimiento. En general en todas las investigaciones aparece como más intenso el descenso en las relaciones sexuales en la mujer.

Kaiser⁽⁸⁹⁾ en 1996 realiza una revisión de los diferentes trabajos publicados hasta el momento sobre este tema. Entre ellos destaca el estudio llevado a cabo por Pfeiffer quien encontró que el 95% de los hombres de edades comprendidas entre los 46 y 50 años mantenían relaciones sexuales semanalmente, cayendo este porcentaje al 28% en los varones de 66 a 71 años. En el caso de personas casadas, el 53 % de los individuos de 60 años y el 24% de los mayores de 76 años eran sexualmente activos.

Elaine Steinke ⁽⁹⁰⁾ en un estudio realizado con el personal de 134 Residencias de ancianos encontró que había un importante desconocimiento de la sexualidad en la vejez, así como conductas prohibitivas con respecto a las relaciones sexuales entre los ancianos, lo que lleva en numerosas ocasiones a dificultar cualquier acercamiento entre ancianos. Con respecto a los mayores con deterioro cognitivo, la situación se convierte en un tema muy delicado, donde es necesario una cuidadosa valoración individual.

Schiavi y Rehman en 1995 realizaron un estudio ⁽⁹¹⁾ en hombres de entre 45 y 74 años con relaciones sexuales estables. Encontraron un aumento de las disfunciones sexuales, fundamentalmente alteraciones de la erección y de la eyaculación en los individuos de edad avanzada con respecto a individuos jóvenes.

Dello ⁽⁹²⁾ en 1998 realizó un estudio analizando varios aspectos del interés y de la actividad sexual en la vejez en edades comprendidas entre 65 y 106 años de ambos sexos. Las conclusiones obtenidas son numerosas e importantes, entre ellas destaca el hecho de que se confirma la existencia de una disminución tanto del interés sexual como de la actividad conforme aumenta la edad y mayor en las mujeres que en los hombres. Conclusiones en este tema muy similares a las de nuestro estudio.

La revisión de la literatura publicada sugiere que hay una disminución en la frecuencia de las conductas sexuales, que afecta también al interés sexual y que se produce un aumento de las disfunciones sexuales asociado con la edad.

Fuera de las Instituciones se obtiene información a través de la Historia Clínica. Nuestro grupo la consiguió mediante un cuestionario dirigido, con respuestas cerradas y preguntado en último lugar.

De las 250 encuestas previstas, dos ancianos abandonaron a mitad del estudio por cansancio y otros dos por no interesarles nada a medida que iniciábamos las preguntas.

Comparando con otros estudios ⁽¹⁸⁾ los hábitos tóxicos – alcohol, tabaco y otras drogas - influyen directamente sobre las disfunciones sexuales. Nuestros ancianos no han consumido drogas aunque un porcentaje elevado ha sido fumador y un número menor bebedor.

Un gran número de patologías, entre las que destacan: patologías arteriales, venosas (más del 50%), diabetes mellitus, neurológicas centrales y periféricas, epilepsia del lóbulo temporal, depresión y ansiedad inciden negativamente en los trastornos sexuales ⁽²³⁾. El 60-90% tras prostatectomía y un 30-69% tras radioterapia tuvieron reacciones adversas en la función sexual.

Hemos comprobado que no difieren sustancialmente con los ancianos encuestados ya que los afectados por estas patologías, sin olvidarnos de la enfermedad de Alzheimer y demencias, han presentado disminución de la libido, impotencia, anorgasmia y retraso significativo de la eyaculación.

Fármacos tan utilizados como benzodiazepinas, antihistamínicos, estrógenos, antidepressivos tricíclicos, beta-bloqueantes, calcioantagonistas, diuréticos, antiarrítmicos, naproxeno, digoxina, haloperidol... influyen en la aparición de efectos

secundarios, tales como disminución de la libido y de la excitación y orgasmo, virilización, impotencia y disminución del volumen eyaculado. En nuestro estudio se ha podido comprobar un alto porcentaje de consumo de gran parte de estos medicamentos.

En cuanto a la dieta se ha observado que es variada, a la vez que importante, el consumo de pastas, ensaladas, ovo-lácteos, pollo, frutas, legumbres y pescado azul. Al igual que en trabajos y estudios publicados,⁽¹⁹⁾ el estreñimiento crónico ha sido una de las patologías benignas más encontradas en nuestros ancianos, no tanto por la alimentación y más por el sedentarismo y la sedestación-encamamiento.

El ejercicio físico que más practican nuestros mayores ha sido pasear, los que han paseado lo han realizado durante una hora y la mayoría 3-4 días por semana. Resultados similares a otros estudios consultados.

Parece claro el gran potencial del ejercicio físico continuado para mejorar el rendimiento sexual no por las ventajas fisiológicas proporcionadas sino también gracias a la elevación de la calidad de vida del individuo al favorecer el desarrollo de un estado de bienestar psicológico.

Consideramos que deben aumentarse programas individualizados para este grupo etario animando a la realización del ejercicio físico.

2. Sobre calidad de vida

2.1. Sobre la autonomía y el estado de salud

Los ancianos válidos al ingreso en un Centro dejan de realizar tareas por un mecanismo de ajuste de su conducta a la vez que pueden adoptar una actitud pasiva. Efecto generador de dependencia. Todos los ancianos al ingresar por primera vez en un centro geriátrico se someterán a un período de adaptación y observación, establecido en veinte días, tras el cual será valorado por una comisión técnica. En un estudio⁽⁹³⁾ anteriormente realizado en la Universidad de Huelva se pudo constatar que los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre la autonomía e independencia de un anciano y su deterioro debido a la institucionalización. Nuestros resultados han objetivado que casi el 50 % de nuestros mayores son ciertamente independientes para las ABVD. Los mayores durante dicho período de adaptación no sufren cambios perceptivos en su situación de salud por el hecho del ingreso, si bien es cierto que dicho período es sólo de veinte días según la legislación de Servicios Sociales en Andalucía y no hay tiempo suficiente para evidenciar los cambios.

Al crear un seguimiento a más largo plazo se pretende hacer una segunda valoración tras pasar un período lo suficientemente amplio (año y medio) para poder constatar si persiste o no el deterioro en la autonomía e independencia de los mayores para la realización de actividades para la vida diaria e instrumentales, así como si se mantiene su percepción de salud⁽⁹³⁾.

Se propone que dentro de una institución el programa de adaptación de un anciano debería tener como prioridad el esquema organizativo del centro a las verdaderas

necesidades de los usuarios, no al revés, implicando en este proceso siempre a la familia... todo en pro de fomentar en todo momento la autonomía tanto física como psicológica del anciano.

Merece la pena destacar otros aspectos más centrados en la adaptación que Gofman⁽⁹⁴⁾ describe acertadamente, como pueden ser todos aquellos ubicados en los mecanismos reguladores de tipo adaptativo que se implementan en estas situaciones.

Si nos centramos en las residencias dependientes de la administración pública tipificados como “centros residenciales para válidos” se puede decir que los resultados encontrados confirman los datos observados en la literatura que apuntan a que el tipo de mayores institucionalizados tienen un perfil sociodemográfico similar, encontrándose en ellas ancianos de una media de edad superior a 75 años, mujeres viudas en la mayoría de los casos, según el estudio de Martínez, García y Mendoza⁽⁹⁵⁾ y con escasos recursos económicos según refleja el trabajo realizado por Gutiérrez et al⁽⁹⁶⁾. Con referencia al nivel de instrucción, un gran porcentaje de residentes presenta un nivel cultural bajo. En cuanto a la procedencia, en su mayoría, proceden del ámbito urbano, con un porcentaje más elevado de hombres que de mujeres.

En nuestro estudio los datos son bastante aproximados, con un 56 % de mujeres; de procedencia urbana (41%) y nivel cultural bajo (66,5%)

2.2. Sobre salud bucodental

Probablemente, la salud bucal sea uno de los principales contribuyentes al círculo de la fragilidad en el anciano. La mayoría de los estudios sobre la fragilidad y de los científicos que tratan de definirla no tienen en consideración la boca. El tipo de prótesis más frecuente entre los individuos dependientes fue la completa removible, al igual que en la serie de Ruiz⁽⁹⁷⁾, mientras que la mayoría de los individuos independientes portaban prótesis parcial removible. Para Rodríguez Baciero et al⁽⁹⁸⁾ prácticamente el 100 % de los individuos que la usan necesitan renovarla o repararla.

Resultados muy aproximados en nuestro estudio, con casi el 50 % frente a otras situaciones.

En definitiva, hemos detectado importantes carencias en el estado de salud oral de los gerontes ingresados, aunque la estrategia preventiva y terapéutica estará condicionada por el grado de dependencia del individuo. En los mayores independientes es imperativo insistir en la práctica supervisada de maniobras de higiene oral, en la promoción del tratamiento conservador de la caries y en el mantenimiento, o en su caso, reestablecimiento protésico de los contactos oclusales conjugando criterios funcionales y estéticos. En los ancianos dependientes es prioritario eliminar los restos radiculares y educar a los cuidadores para que mantengan unos principios adecuados de higiene oral con el fin de evitar complicaciones infecciosas y para preservar los contactos oclusales de los dientes naturales remanentes.

3. Sobre actividades preventivas en los ancianos

El objetivo de las actividades preventivas en este grupo de edad no es tanto el aumento de la expectativa de vida como el de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional y cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible ⁽⁹⁹⁾. En 1959, la OMS afirmó: “La salud del anciano como mejor se mide es en términos de función”, siendo la capacidad funcional un mejor indicador de salud que el estudio de prevalencia de las enfermedades. La valoración funcional se considera prioritaria por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud, de la calidad de vida, un buen predictor de morbilidad y el consumo de recursos asistenciales ⁽¹⁰⁰⁾.

Dado lo heterogénea que es esta población, se deberá decidir la realización de las actividades en función del beneficio individual, marcado no tanto por la edad del individuo si no por la expectativa de vida. ⁽¹⁰¹⁾

La evidencia científica con estudios aleatorios en esta población es escasa. Algunas de las recomendaciones para los ancianos proceden de evidencias indirectas de los programas de valoración geriátrica ⁽¹⁰²⁾.

En referencia a las caídas y sus consecuencias constituyen uno de los grandes problemas de salud pública: por su frecuencia relacionada con el aumento de la esperanza de vida, por su alta mortalidad, por su asociación a la inmovilización, institucionalización prematura y pérdida de independencia por parte del paciente.

La caída es el tipo de accidente más frecuente en los mayores de 65 años. Las complicaciones de las caídas son la principal causa de muerte por accidente en los mayores de 65 años ⁽¹⁰³⁾.

Un tercio de los mayores de 65 años experimentan una caída al año, con mayor frecuencia en las mujeres hasta los 75 años igualándose posteriormente ambos sexos. Este porcentaje aumenta hasta casi un 50% con la edad, en los ancianos frágiles y en Residencias geriátricas.

En un estudio ^(52, 53) realizado en Atención Primaria, refieren haberse caído el 14% de los mayores de 65 años en el último año, de los que el 41% presentó alguna consecuencia de lesiones físicas y el 19% requirió ingreso en un centro de salud. En otro estudio ⁽⁵⁴⁾, en el que se incluyeron ancianos mayores de 80 años, el 32% expresó haberse caído.

A nivel institucionalizado la prevalencia de caídas es del 21,5%. En el estudio del IMSERSO, el 20,7% de los residentes había sufrido una caída en el último año, el 36,4% había caído 1-3 veces y el 6,8% más de 3 caídas. En un 65% las caídas no causaron lesión, precisando ingreso el 22%, generalmente por fracturas.

Respecto a la eficacia de las medidas preventivas, se ha intentado demostrar un elevado número de intervenciones que podrían ser útiles en la prevención de las caídas en ancianos ^(104, 105). De las revisiones sistemáticas realizadas hasta ahora sobre la

prevención de caídas, los resultados obtenidos son escasos. Por ahora parece que el ejercicio físico, sobre todo con entrenamiento para el equilibrio, es eficaz para disminuir el riesgo de caídas asociado a otras intervenciones, pero queda por conocer con qué intensidad, frecuencia y duración es efectivo.

Estas intervenciones, aparentemente efectivas, puede que precisen ser reevaluadas en su aplicación en los distintos sistemas de salud. No parece existir por ahora demostración de la eficacia de ninguna medida de intervención aislada.

En España, los estudios realizados son fundamentalmente de prevalencia ⁽¹⁰⁶⁾ y descriptivos de los factores de riesgo de caídas ⁽¹⁰⁷⁾.

Sin embargo, Luna Garrido ⁽¹⁰⁸⁾ afirma que existen datos suficientes que avalan la puesta en marcha de programas de intervención multifactoriales o específicos encaminados a prevenir las caídas o sus consecuencias llegando a disminuir hasta en un 50% el riesgo de caídas.

Pensamos que se deben poner en marcha programas de sensibilización a las autoridades para la modificación de los factores de riesgo dentro de la comunidad. Establecer programas de información destinados a la población en general y ancianos en particular. Establecer programas de formación y potenciar el desarrollo de las Unidades de Rehabilitación funcional o Unidades de caídas, que sirvan de referencia o apoyo para la Atención Primaria y Centros residenciales. Es imprescindible sensibilizar a los profesionales sanitarios la importancia que tienen las caídas tanto desde el punto de vista de las consecuencias personales como de la salud pública en general. Y por último establecer protocolos de actuación y programas de intervención adaptados a nuestras posibilidades

4. Sobre incontinencia urinaria

Constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, y sin embargo, más olvidado, a pesar de sus repercusiones médicas, psicológicas, sociales y económicas.

Suele ser un problema infrarreferido por los pacientes e infradiagnosticado por los médicos ⁽¹⁰⁹⁾.

En mayores de 65 años la prevalencia se sitúa sobre el 15 % con pérdidas de orina de forma regular. Si se incluyen las pérdidas transitorias, puede llegar hasta el 36 % en población comunitaria ⁽¹¹⁰⁾, hasta el 62 % en institucionalizados ⁽¹¹¹⁾ y 75 % en personas con deterioro mental grave. En estudios realizados en el ámbito de la Atención Primaria en mayores de 65 años, la prevalencia se sitúa en un 15,5 % de los que el 34,3% no habían consultado nunca y usaban absorbentes el 20,2 %.

En nuestro trabajo el 24 % presentaban problemas genitourinarios de los cuales el 39 % presentaban pérdidas de orina de forma regular.

Resultados similares se obtuvieron en un trabajo realizado por el IMSERSO en residencias, publicado en 1998, concluyendo que la incontinencia urinaria ocupaba el

primer lugar con una prevalencia del 39,2 %.

En las valoraciones realizadas, el uso de absorbentes se sitúa en el 8 – 20 % de las personas afectadas, y en determinados estudios sobre ancianos comunitarios este porcentaje asciende hasta el 63 %. Coincide con Lobo (1995) el cual afirma que la mayoría de los estudios demuestra que la prevalencia de la incontinencia aumenta con la edad, así como la gravedad de la misma, afectando al 15- 20 % de los ancianos que viven en comunidad y al 60% de los ingresados en Residencias asistidas ⁽¹¹²⁾.

Con respecto a la efectividad y eficacia en el abordaje de la incontinencia urinaria, se debe incluir la identificación de los factores de riesgo, la clasificación según el tipo de incontinencia, la realización de una exploración física y la solicitud de las exploraciones complementarias que permitan detectar causas reversibles, iniciar tratamiento y derivar al especialista, si fuera oportuno.

Nuestro grupo recomienda a todos los mayores de 65 años el interrogatorio sobre la presencia de pérdidas de orina para la detección de incontinencia urinaria.

El grupo de expertos del Programa de Actividades Preventivas Para Ancianos (PAPPS) lo recomienda especialmente en mayores de 75 años, así como el estudio básico de dicha incontinencia.

5. Sobre demencias y otras alteraciones mentales

Las demencias son un problema sociosanitario de gran impacto sobre la calidad de vida de la población anciana y de sus familiares. A pesar de los progresos efectuados, la mejora básica de la calidad de vida de estos pacientes y sus familias se fundamenta en el diagnóstico correcto y en el tratamiento sintomático pero, sobre todo, en la información y el soporte profesional y humano. La demencia es una fuente de morbilidad e incapacidad funcional muy importante en los países desarrollados. El cuidado del paciente demente supone además una gran carga psicosocial ⁽¹¹³⁾.

Los datos sobre la prevalencia de demencia en el mundo occidental varían entre un 3,5 y un 26%. Es mayor a medida que aumenta la edad y en personas institucionalizadas.

En España, la prevalencia se sitúa en torno al 5-10% en los mayores de 65 años y la EA es la más frecuente con el 48%. En un estudio reciente se produjo una mortalidad anual del 4,8% para el conjunto de la población, que se elevó al 10,9% para los sujetos diagnosticados de demencia sobre una muestra comunitaria ⁽¹¹⁴⁾. Estos datos son parecidos a los obtenidos en estudios similares realizados en diversos países europeos ⁽¹¹⁵⁾.

Con respecto a la depresión el 20% de nuestros ancianos entrevistados presentaron depresión leve y un 25% depresión establecida.

Sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones, sólo son potencialmente reversibles un 3% de las demencias. Se ha demostrado la eficacia del tratamiento y

control de la HTA, reduciendo la incidencia en un 50%.

Los anticolinesterásicos han demostrado ser efectivos y eficaces para la EA mejorando levemente el rendimiento cognitivo y funcional y los trastornos conductuales, y estarían indicados en los pacientes con deterioro mental leve-moderado.

La problemática de la polimedicación viene determinada no sólo por el número elevado de medicamentos (más de 4), sino por la utilización inadecuada por reacciones adversas o por interacciones medicamentosas.

Se considera un problema importante por su frecuencia y por el elevado gasto sanitario que supone. En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 1997 el 79,2 % de los mayores de 65 años consumía fármacos de manera habitual. En España, en 1995 el gasto de recetas de pensionistas fue más de diez veces superior al de la población activa.

Los factores que se han asociado a un elevado consumo de fármacos son: presencia de tres o más enfermedades, pobre salud autopercebida, dependencia física, edad superior a 75 años, depresión y un elevado número de consultas a los servicios sanitarios.

Los fármacos implicados con mayor frecuencia son los empleados en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares y en las del Sistema Nervioso Central (SNC). Además estos fármacos son factores de riesgo para las caídas ⁽¹¹⁶⁾.

En nuestro estudio han predominado medicamentos para enfermedades osteoarticulares (27 %), digestivo y genitourinario (24 %), cardiovascular (23 %), respiratorio y sistema nervioso, con un 18 y 16 %, respectivamente.

Nuestros ancianos, y según los resultados obtenidos, consumen entre 3 y 4 fármacos de media en un porcentaje considerable (el 41 %).

6. Sobre la valoración geriátrica integral

Está orientada básicamente al mantenimiento de la funcionalidad y/o retraso o enlentecimiento de su pérdida. Debe acompañarse de un plan racional e integrado de tratamiento y seguimiento. En nuestro estudio se ha utilizado para la valoración funcional la Escala de Evaluación de ABVD (Índice de Katz).

En cuanto a la efectividad de la valoración geriátrica en la comunidad, existen diferencias metodológicas entre diferentes estudios (criterios de selección de ancianos, profesionales implicados, intensidad y contenido de las intervenciones, seguimiento y control del cumplimiento). En general los resultados parecen demostrar un aumento de la supervivencia ^(117, 118), de la institucionalización definitiva ^(119, 120), retraso de la incapacidad ^(121, 122) y disminución de los costes económicos globales.

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología recomienda estas mediadas en sus unidades de atención hospitalaria y de consulta ambulatoria, así como en los pacientes institucionalizados.

La PAPPS dice al respecto que, aunque parece haber efectos beneficiosos, todavía no existe suficiente evidencia para recomendar la aplicación sistemática de la valoración geriátrica integral en nuestro medio a la población general anciana o a un subgrupo predefinido de ésta. Parecen beneficiarse más los mayores de 75 años, aquellos con incapacidades leves o moderadas o los que tienen un mal soporte social.

Opinamos que es conveniente la implementación de medidas de seguimiento y estrategias de prevención.

En nuestro estudio se ha podido observar:

- a. Se han detectado importantes carencias en el estado de salud en los ancianos institucionalizados tanto independientes como dependientes, pero la estrategia preventiva y terapéutica debe diseñarse de forma individualizada ya que estará condicionada por las exigencias funcionales acordes a su grado de autonomía.
- b. Los Centros de atención residencial son necesarios pues constituyen una respuesta adecuada a los problemas de las personas de edad avanzada que viven solas, no tienen soporte familiar o que de forma deliberada deciden marcharse a un Centro.
- c. La mejoría de la tristeza y el desánimo se conseguiría con un mayor apoyo social y familiar así como una mejor preparación del personal encargado de los residentes.
- d. Si bien es cierto que en los últimos años se ha incrementado el número de plazas residenciales en Albacete, pensamos que se requiere un mayor esfuerzo por parte de la Administración Regional para aumentar las de carácter Público.
- e. Consideramos la necesidad de ampliar programas de entretenimiento que hagan más participativos a los institucionalizados.
- f. Bajo nuestro criterio, se propone aumentar o ampliar programas de información sexual para este colectivo.
- g. Se deben impulsar hábitos y estilos de vida saludables que mejoren la calidad de vida de nuestros mayores.
- h. Los profesionales sanitarios se deben implicar en aumentar la autoconfianza en este colectivo ofreciendo apoyo social aumentando la incidencia respecto a consejos de los familiares.

VI.- RESUMEN

Introducción

El envejecimiento progresivo de la población constituye en los últimos tiempos un fenómeno de enorme trascendencia en cuestiones tan importantes como la calidad de vida, la dependencia, la asistencia sanitaria, el aumento del número de Residencias, el gasto farmacéutico, consumo de medicamentos, prestaciones sociales, formación de personal especializado, nivel de tristeza y/o depresión, apoyo social y sexualidad.

Nuestro trabajo ha pretendido de manera exhaustiva dar una visión más actualizada sobre esta materia.

Objetivos

1.- Determinar la sexualidad y el grado de disfunción sexual en los ancianos institucionalizados de la provincia de Albacete.

2.-Determinar el estado de salud desde el punto de vista físico, psíquico, social y funcional de estos ancianos.

3.-Conocer el grado de aceptación de la institucionalización y la satisfacción con la atención recibida.

4.- Determinar el consumo de medicamentos y sustancias tóxicas en la población anciana.

Metodología

El grupo investigador diseñó una encuesta una vez consultadas las fuentes bibliográficas y expertos en el tema.

Mediante muestreo sistemático simple se seleccionaron 8 Residencias geriátricas de la provincia de Albacete y del censo de éstas se seleccionaron mediante el mismo muestreo 246 personas institucionalizadas para encuestar.

Mediante el paquete informático SPSS 11.5 se ha hecho un análisis estadístico de las siguientes variables:

- ★ [Residencia]Tipo de Residencia:
- [sexo] Sexo
- ★ [edad] Edad
- [vivía antes] ¿Dónde vivía antes de ingresar aquí?
- [Ind de Katz] Capacidad funcional. Índice de Katz.
- ★ [Depresión] Existencia de depresión en los ancianos: scala YESAVAGE:.
- [E de salud] ¿Cómo considera que es su salud?
- [enfs] ¿Qué enfermedades más importantes padece usted?
- [medicación] ¿Qué medicamentos toma usted con regularidad?
- [mandó] ¿Quién se los mandó?

- ★ [E civil] Estado civil:
- ★ [Nº hijos vivos] Nº de hijos:
- [Estudios] Estudios que posee:
- [Profesión] Profesión u ocupación ejercida la mayor parte de su vida:
- ★ [Prof cónyuge] Profesión cónyuge:
- [tiempo resid] ¿Cuántos meses lleva residiendo en este Centro?:
- [Alcohol/día] ¿Ha sido usted consumidor de alcohol a diario antes?
- ★ [Tipo alcohol1] ¿Qué era lo que más bebía?:
- [bebe ahora] ¿Sigue usted bebiendo ahora?
- [tipo alcohol2] ¿Qué es lo que bebe ahora?
- ★ [dejo por] ¿Porqué lo dejó?:
- [fumador] ¿Ha sido usted fumador?
- [cuánto/día1] ¿Cuánto fumaba usted?
- [fuma ahora] ¿Fuma usted ahora?
- [cuánto/día2] ¿Cuánto fuma ahora?
- [dejo fumar po] ¿Porqué dejó de fumar?:
- [café] ¿Ha tomado usted café todos los días?
- [cuantas taz1] ¿Cuántas tazas tomaba al día?
- [café ahora] ¿Toma ahora café a diario?
- [cuantas taz2] ¿Cuántas tazas toma ahora al día?
- [dejó café por] ¿Porqué ha dejado de tomar café?
- [drogas ocas] ¿Ha consumido usted en alguna ocasión alguna droga? (ej. porros, cocaína, heroína)
- [sustancia] ¿Sustancias que consumía?
- [consume ah] ¿Consume usted alguna ahora?
- [cuál] ¿Cuál?
- [ingresado] Usted se encuentra aquí ingresado por:
- [visitas fami] Sus familiares, ¿le visitan con frecuencia?
- [cuánto visit] ¿Cada cuánto tiempo le visitan sus hijos?
- [más/menos] ¿Le visitan ahora más o menos que antes cuando usted ingresó en esta Residencia?
- ★ [vac de] Las vacaciones de :
- [atención] ¿Cómo está de satisfecho con las atenciones que le proporcionan los empleados y el personal de este Centro?
- [triste/desn] Al principio de estar aquí ingresado ¿se encontraba usted triste, desanimado?:
- [acostumbr] ¿Se ha acostumbrado ya a vivir aquí?
- [Tiempo adap] ¿Cuánto tiempo (en meses) le costó adaptarse a este tipo de vida?:
- [libertad] ¿Tiene más libertad o menos que cuando vivía en su casa?
- [quien vivía] Antes de venir aquí ¿con quién vivía?
- [vivía a gusto] Antes de vivir en la Residencia ¿vivía a gusto?
- [como hab] ¿Cómo es su habitación?
- ★ [parece hab] Le parece que su habitación es:
- [aseo hab] ¿Dispone de cuarto de baño y aseo en su habitación?
- [limp hab] ¿le limpian todos los días la habitación?
- [cambio ropa] ¿El cambio de ropa de cama es diario?
- ★ [dispone sani] En esta Residencia ¿disponen ustedes de:
- [nº veces med] ¿Cuántas veces ha consultado al médico en el mes pasado?
- [nº enfermera] ¿Cuántas veces ha consultado al ATS en el mes pasado?

- [porque cons] ¿Porqué ha consultado?
- [actv física] ¿Realiza usted algún deporte o alguna actividad física con regularidad?
- [tipo actv física] ¿Qué tipo de actividad física practica usted?
- [Tiempo act] ¿Cuánto tiempo dedica a practicar deporte o esa actividad física?
- [regularidad] ¿Lo practica con regularidad?
- [porque no] ¿Porqué no practica ningún deporte o actividad física?
- [Indice CAOD] Índice CAOD
- [limpieza dien] ¿Mantiene usted una limpieza adecuada y diaria de su dentadura?
- [niño cepilla] ¿Cuándo era niño o joven se cepillaba los dientes todos los días?
- [Impsaludboc] ¿Le daba importancia antes a la salud de su boca?
- [impestboca] ¿le da importancia ahora al estado de su boca?
- [comida] ¿Cree usted que la comida en general es?
- [queja comid] ¿Se queja usted de algunas comidas en particular?
- [repitecom] ¿Piensa usted que el/la cocinero/ra repite mucho algún alimento o alguna comida en particular?
- [higienecom] ¿Cree usted que los platos, vasos cubiertos, manteles, servilletas, etc están limpios o los encuentra con poca higiene?
- [comidaesp] ¿A usted le ponen comidas especiales, distintas a las de los demás, debido a algunas enfermedades que padece?
- [Tema sexo] ¿Le interesan los temas relacionados con el sexo?
- [activo] ¿Es usted sexualmente activo/a?
- [apetencia] ¿Cree usted que se ha modificado su apetencia sexual?
- [erección] ¿Tiene dificultad para conseguir o mantener la erección?
- [dif eyacular] ¿Ha notado dificultad para eyacular?
- [T pfeiffer] Cribado de deterioro cognitivo. Test de Pfeiffer.
- [Duke 111] Cuestionario apoyo social. Cuestionario de Duke (11 preguntas)

Resultados

Han participado en la encuesta 246 personas institucionalizadas en Residencias de la provincia de Albacete de las que el 56,1% eran mujeres.

La edad media fue de 78,58 con una desviación estándar de +/-6,42 años.

Actualmente sólo beben un 8,7% vino o cerveza de forma casi ocasional; refieren que casi el 44,7% lo dejó por prescripción facultativa y sólo un 25,2% por su propia voluntad.

Respecto al tabaco, el 39% ha fumado al menos un paquete al día, de los cuales sólo fuma actualmente el 5% y la mayoría lo dejó por su propia voluntad.

Ha consumido café de forma habitual (una media de 2-3 tazas/día) el 58,1%, de los que actualmente sólo lo hace el 25,3%; la mayoría lo abandonó por que le sentaba mal. Ninguno admite haber tomado algún tipo de drogas.

Respecto a su actividad física, el 61,8% refiere hacer algún tipo de ejercicio y el 37,8% no hace ningún ejercicio.

En cuanto al consumo de fármacos se puede observar que el 3% toma al menos 5 fármacos distintos; el 12% toma 4 fármacos, el 29% toma 3, el 33,6% toma 2 y el 25,1% toma 1.

Al relacionar el interés por la sexualidad con el tipo de sexo, se obtiene una relación estadísticamente significativa, ya que entre las mujeres el interés es mínimo ($p=0,005$)

En cuanto a la práctica de actividades sexuales, igualmente se obtiene una relación estadísticamente significativa ($p=0,005$)

Cuando se relaciona la edad con el interés o práctica del sexo se obtiene igualmente una relación significativa ($p=0,005$)

Si se relaciona los problemas de erección con la edad, también se obtiene una relación estadísticamente significativa ($p=0,005$) y así a mayor edad los problemas son más frecuentes.

En cuanto a padecimiento de enfermedades: el 2% padece 5 enfermedades a la vez, el 10,5% 4; el 36% 3; el 42% 2 y sólo el 8,6% una.

Por sistemas, en el aparato genitourinario se localiza el 24% de las enfermedades, en el sistema endocrino-metabólico el 3%, osteoarticular el 27%, sistema nervioso el 16%, circulatorio el 23%, respiratorio el 18% y digestivo el 24%.

Discusión

La sexualidad alcanza su máxima expresión entre los 25 y 40 años y después declina en ambos sexos. En las mujeres, a partir de los 60 años el porcentaje de actividad sexual cae un 50% y se ha visto que hay un aumento de la prevalencia de disfunciones sexuales del 22 al 66% en las mujeres mayores de 60 años. En los hombres de esta edad se ha observado un aumento de prevalencia de disfunción eréctil y se ha estimado que el 5% de los hombres sin disfunción eréctil la presentarán en los próximos 12 meses.

En relación a la entrevista, observamos que toleran mejor este tema en privado que con compañía aunque sea un familiar. Al envejecer no se pierde deseo sexual pero disminuye la frecuencia de relaciones sexuales, aunque la SEGG opina que los deseos, sueños, y fantasías se mantienen intactos. En nuestro estudio, el interés por los temas sexuales y el grado de actividad es bajo.

La pérdida de la pareja, sobre todo en edades tardías, ha condicionado en nuestro trabajo, la renuncia prácticamente total a la sexualidad. Hemos verificado que en las parejas que no han tenido una buena relación de convivencia, ésta ha determinado actitudes negativas hacia la sexualidad.

Los hábitos tóxicos- alcohol, tabaco y otras drogas- influyen directamente sobre las disfunciones sexuales. Nuestros ancianos no han consumido drogas aunque un

porcentaje elevado ha sido fumador y un número menor bebedor.

Muchos de los fármacos muy utilizados habitualmente en este grupo etario han influido en la aparición de disminución de la libido, impotencia y disminución del volumen eyaculado.

En cuanto a la dieta se ha observado que es variada a la vez que importante el consumo de pastas, ensaladas, ovo-lácteos, pollo, frutas, legumbres y pescado azul.

El ejercicio físico que más practican nuestros mayores ha sido pasear.

Consideramos que deben promoverse programas individualizados para los ancianos animando a la realización de actividades físicas.

Los ancianos validos al ingreso en un Centro dejan de realizar tareas por un mecanismo de ajuste de su conducta a la vez que pueden adoptar una actitud pasiva. Proponemos que dentro de una institución el programa de adaptación de un anciano debería tener como prioridad el esquema organizativo del Centro a las verdaderas necesidades de los usuarios, no al revés, implicando en este proceso siempre a la familia todo en pro de fomentar la autonomía física y psicológica del anciano.

Con respecto a qué entienden los Residentes por calidad de vida, el 48,9% respondió tener buena salud y el 28% no depender de nada ni de nadie.

Probablemente y refiriéndonos a la salud bucodental, ésta sea uno de los principales contribuyentes al círculo de la fragilidad en el anciano. El tipo de prótesis más frecuente entre los individuos dependientes fue la completa removible. Hemos detectado importantes carencias en el estado de salud oral de los ingresados, aunque la estrategia preventiva y terapéutica estará condicionada por el grado de dependencia del individuo.

En referencia a las caídas y sus consecuencias, éstas constituyen uno de los grandes problemas de salud pública ya que es el tipo de accidente más frecuente en los mayores de 65 años. A nivel institucionalizado la prevalencia de caídas es del 21,5%.

Pensamos que se deben establecer programas de información destinados a la población en general y ancianos en particular.

La incontinencia urinaria constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes y más olvidado. En mayores de 65 años la prevalencia se sitúa sobre el 62% en institucionalizados.

De todos es sabido que las alteraciones mentales, en particular las demencias y la enfermedad de Alzheimer son un problema sociosanitario de gran impacto sobre la calidad de vida de la población anciana y de sus familiares. En España, la prevalencia se sitúa en torno al 5-10% en mayores de 65 años y la EA es la más frecuente (48%). En nuestro estudio, el 25% presentaron depresión establecida. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer no han sido tabuladas por ser criterios de exclusión en el presente trabajo.

La problemática de la polimedicación viene determinada por su frecuencia y por el elevado gasto sanitario que supone. Los fármacos implicados con mayor frecuencia son los empleados en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares y en las del sistema nervioso central. Nuestros ancianos han consumido en un 23% fármacos para trastornos cardiovasculares y un 16% para alteraciones del sistema nervioso central.

En referencia a la valoración geriátrica integral, ésta se encuentra orientada básicamente al mantenimiento de la funcionalidad, retraso o enlentecimiento de sus pérdidas. La SEGG recomienda medidas preventivas en sus Unidades de Atención hospitalaria, ambulatoria y en instituciones. Opinamos que es conveniente la implementación de medidas de seguimiento y estrategias de prevención.

VII.-CONCLUSIONES

1ª.- En los ancianos institucionalizados de la provincia de Albacete existe una alta prevalencia de disfunciones sexuales, existiendo relación negativa con la edad y el sexo.

2ª.- Los problemas de erección y eyaculación y la falta de deseo en mujeres son las disfunciones sexuales más frecuentes.

3ª.- Si bien la institucionalización la aceptan con resignación, adaptándose, en unos 2-3 meses aproximadamente, existe un alto porcentaje de tristeza y desánimo.

4ª.- El estado psíquico, social y funcional es aceptable en los ancianos institucionalizados de Albacete, si bien tienen un gran déficit de apoyo social.

5ª.- Existe un alto porcentaje de pluripatología en esta población y el consecuente consumo de fármacos.

6ª.- Se observa un alto porcentaje de patología bucodental, un 73% (12,6% edéntulos, 13% prótesis parcial y 48% prótesis total).

7ª.-El 50% de los ancianos son independientes para las ABVD.

8ª.- El nivel de satisfacción con la atención recibida es muy alto con un 96%.

9ª.- Algo más de 1/3 de ancianos han ingresado por no tener a nadie o por “sugerencias” de la familia.

10ª.- Un alto porcentaje (77%) de ancianos define su calidad de vida como tener buena salud o no tener que depender de nada ni de nadie.

RECOMENDACIONES FINALES

A las Instituciones

- Aumentar el número de Servicios específicos de Geriátría.
- Mejorar la preparación en Geriátría de los especialistas y de los médicos de Atención Primaria.
- Creación de la especialidad de los DUE geriátricos.
- Preparación exhaustiva de los Auxiliares en Geriátría.
- Se impone la creación de la especialidad de Psicólogos geriátricos.
- Preparación adecuada de asistentes sociales, fisioterapeutas y personal de terapia ocupacional.
- Sería muy recomendable establecer programas de preparación específica para familiares y voluntariado.

A los profesionales sanitarios

- Se recomienda identificar a la población con riesgo de discapacidad.
- Deber de conocer los cambios normales esperables con el envejecimiento corporal para adaptarse a las nuevas situaciones.
- Saber diferenciar los procesos de envejecimiento y las situaciones de enfermedad.
- Se recomienda una atención mayor al cuidador principal frecuentemente infravalorado.
- Facilitar la expresividad de los ancianos, a la vez que dedicamos el tiempo necesario para que nos expongan sus problemas en temas tan íntimos como son las relaciones sexuales.
- Los profesionales sanitarios deben saber que ciertas enfermedades y hábitos tóxicos son causa de alteraciones en una relación sexual.
- Intentar mantener la capacidad funcional en ausencia de enfermedades y una vida social activa rica en relaciones interpersonales.

A la sociedad en general y a las Residencias de Ancianos

- Favorecer el que las personas mayores tengan unos vínculos afectivos estables y una red de relaciones sociales amplia.
- La sociedad en general debería erradicar las falsas creencias y tabúes que hacen a los ancianos sentirse cohibidos y poco menos que “señalados”.

- A las Instituciones que trabajan con nuestros mayores recomendamos la ampliación de actividades ocupacionales así como actividades recreativas y de animación.
- Recomendamos la contratación de personal médico y/o especializado para permanecer en el Centro en adecuados turnos laborales.
- Aconsejamos que se garantice la equidad en atención geriátrica para una atención de calidad al mayor dependiente.
- La sociedad debe saber que son prioritarios los derechos de nuestros ancianos por encima, incluso, de sus necesidades.
- Aconsejamos a la sociedad en general y a los centros residenciales una mayor comprensión en relación a las inclinaciones sexuales de nuestros ancianos así como el respeto a las ideas culturales, raza o religión.
- Al familiar y/o cuidador principal recomendamos la contratación de terceros, de reparto de tareas, participación de otros cuidadores, implicación temporal de otros familiares y solicitar ayudas técnicas con el objetivo de evitar la sobrecarga física y mental.

A los ancianos

- Que no deben relacionar vejez con terminalidad.
- Que la ancianidad puede ser una etapa de la vida tan positiva como cualquier otra.
- Que al envejecer no tiene por qué perderse el deseo sexual. Que sí que disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales, pero los deseos, sueños y fantasías pueden permanecer.
- Que no deben sentir prejuicios frente a la propia edad.
- Que los mayores pueden disfrutar de la intimidad sexual, de amar y sentirse amados. Deben aprender a adaptarse a los cambios de su cuerpo.
- Que deben mantener el mayor tiempo posible la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Que intenten mantener una plena integración social e intergeneracional.
- Que entrenen su memoria mediante técnicas de aprendizaje y que aumenten su actividad cultural.
- Que la persona mayor debe sentirse orgullosa por haber llegado ahí.

Frases para Reflexionar:

“En nuestro poder esta borrar enteramente los infortunios de nuestra memoria, y evocar en nuestra mente el agradable recuerdo de cuanto nos sucedió”

Cicerón

“Cuando se pasa la frontera de los doscientos años, uno empieza a aburrirse”

Conde de Saint Germain.

“Lo mejor que puede hacer un hombre es vivir”

Goethe

“Ya que hemos de morir. ¿Por qué sentarnos a la sombra arrastrando una vejez inútil y sin gloria?.”

Píndaro

*“Al olmo viejo hendido por el rayo
y en su mitad podrido
con las lluvias de Abril y el sol de Mayo
algunas hojas verdes le han salido.
Mi corazón espera
también, hacia la luz y hacia la vida
otro milagro de la primavera”*

Antonio Machado

VIII.- BIBLIOGRAFIA

1. Carvajal López, P. Zamora Guzmán, R. Eds. Odontoestomatología Geriátrica. La Atención Odontológica Integral del Paciente de Edad Avanzada. Demografía y Sociología del Envejecimiento. Madrid. 1996: 17-20 y 26.
2. Organización de Naciones Unidas (ONU). Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento. Nueva York. 1982. En Carvajal López, P. Eds. La Atención Odontológica Integral del Paciente de Edad Avanzada. Demografía y Sociología del Envejecimiento. Madrid. 1996: 17-20 y 26.
3. Fernández JA. Les personnes âgées en Europe. Instituto de Demografía. CSIC. 1992. En Carvajal López, P. Eds. La Atención Odontológica Integral del Paciente de Edad Avanzada. Demografía y Sociología del Envejecimiento. Madrid. 1996: 17-20 y 26.
4. Duocastella R. Informe sobre Tercera Edad. Barcelona. 1976. En Carvajal López, P. Eds. La Atención Odontológica Integral del Paciente de Edad Avanzada. Demografía y Sociología del Envejecimiento. Madrid. 1996: 17-20 y 26.
5. El IMSERSO y las Políticas Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (IMSERSO). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. 1ª Edición. Madrid. 2003: 44.
6. Manzarbeitia Arambarri, J. El Anciano con Diabetes. Complicaciones y comorbilidad. En: Rodríguez Mañas, L. Monereo Megias, S. Eds. Madrid. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Sociedad Española de Medicina Geriátrica. 2002: 92-93.
7. Brion, S. Mikos, J. "Histopathologie du cerveau sénile". Encycl. Méd. Chir, Psychiatrie. Paris, 1980. En Tercera Edad Sana. Ejercicios preventivos y terapéuticos. Parreño, J. R. Eds. Colección Rehabilitación. IMSERSO. 2ª Edición. Madrid. 1990: 34.
8. Virseda Rodríguez, J. A. Hacia la cuarta edad. Revista Vital Parque. I Época. Revista Nº 2. Albacete. Junio 2006. Pág. : 9.
9. Kalache, A. Health promotion. En: Ebrahim, S. Kalache, A. (eds.) Epidemiology in old age. London. Br Med J. 1996: 153-161.
10. Vaqué Rafart, J, San José Laporte, A. Envejecimiento: problemas que plantea y soluciones adoptadas. En: Piédrola Gil, G. Eds. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona. Editorial Masson. 2001: 867, 869, 870, 871, 877-882.
11. Kennie. D. C. Preventive care for elderly people Cambridge. Cambridge University Press. 1993. En Piédrola Gil. Eds. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona. 2001: 869.
12. Castelo- Branco Flores, N. Síseles, P. Gutiérrez y J.J. de la Gándara Martín. Abordaje de la Sexualidad en situaciones especiales (III). Menopausia y Envejecimiento. Sexualidad Humana. Una aproximación integral. Capítulo 25. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2005: 247-254.
13. En pág. Web: www.informaciónsexual.com. Agosto. 2005. Información Sexológica. Guía de la sexualidad.
14. Netter, F.H., M.D. Eds. Atlas de Anatomía Humana. 3ª Edición. Barcelona. Editorial Masson. 2003. Láminas 347, 348, 356.
15. Malo de Molina. Los españoles y la sexualidad. Tiempos de hoy. 1999: 252-253
16. Bataller i Perelló, V. Sexólogo. Ponencia de las II Jornadas de Identidad Sexual. Las Palmas de Gran Canaria. 17-21 Noviembre. 2003.
17. Ribera Casado, J. M. Eds. Colección "Clínicas Geriátricas". Madrid. 2000: 87.
18. "Andrology Sciency in Aging Men". Med Clin North Am. 83: 1279. Adaptado de Morley, J. E: 1169.

19. Ferrández Infante, A. Sí, quiero: Reflexiones y Soluciones para la Problemática Sexual del Siglo XXI. Madrid. Eds. 2004: 73-77.
20. Heinz Schott. Crónica de la Medicina. Bonn. Plaza & Janés S.A. Eds. Junio 1993: 134.
21. Fujisawa M, Sawada K. Eficacia clínica y seguridad del sildenafil en pacientes mayores con disfunción eréctil. Arch Androl. 2004; 50: 255-60.
22. Stedman Thomas, L. Diccionario de Ciencias Médicas. 25ª Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1993: 146.
23. Reuben, DB. Guía rápida de Geriátría. American Geriatrics Society. 2004: 152-53.
24. Aguilera Collado. C. Sexualidad y Alzheimer. Artículo en Pág. Web: www.humanizar.es. 2005.
25. Gallardo Bautista, J. Prados Gallardo, A. M^a, Vinuesa Acosta, F. J. Epidemiología: Teorías del envejecimiento. En: Cervera Díaz, M^a C., Saiz García, J. Eds. Actualización en Geriátría y Gerontología (I). 5ª Edición. Jaén. Asociación Alcalá. 2006: 59.
26. Aznarez, J.J. Investigación y análisis. El cuidado de los mayores en España. Diario El País. 14-15 de Noviembre 2005. págs.: 17-18.
27. Lago Deibe. F. Alvarez Cosmea, A. Val Jiménez, A. Evaluación y tratamiento del RCV (Riesgo Cardiovascular) en el anciano. Novedades en riesgo cardiovascular. Revista "El Médico". Septiembre. 2005. nº 956: 28.
28. Boletín Epidemiológico de CLM. Volumen XVII, nº 5. Mayo. 2005: 20. Mortalidad en Castilla-La Mancha. Trienio 2000-2002. (I).
29. Maestro Catelblaque, E. Albert Cuñat, V. ¿Quiénes son ancianos frágiles- ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Area sanitaria de Guadalajara (I). Premio SEMG/SANED 2002 al mejor trabajo original sobre Atención Primaria. Revista de SEMG. 2002; 45: 443-459.
30. Eddy DM. Screening for colorectal cancer. Ann Intern Med 1990; 113: 373.
31. Ries L, Kosary CL, Hannkey BF. SEER Cáncer Statistics Review. 1973-1995. Bethesda, National Cancer Inst, 1998.
32. Speights VO, Johnson MW, Stoltenberg PH: Colorectal cancer: current trends in initial clínicas manifestations. South Med J 1991, 84: 575.
33. Towler B, Irwing L, Glastion P: Afs systematic review of effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test. Hemocult Br Med J 1998; 317: 559-65.
34. Steinberg SM, Barkin JS, Kaplan RS: Prognostic indicators of colon tumors. The Gastrointestinal Tumor Study Group experience. Cancer 1986; 57: 1866.
35. Carraro PG, Segala M, Cesana BM, Tiberio G: Obstructing colonic cancer: gailure and suvirval Partterns ever a ten-year follow-up after one-stage curative surgery. Dis Colon Rectum 2001; 44:243.
36. Bernal M, Gómez FJ, Gómez GJ: Tiempos de demora en el diagnóstico del cáncer. Aten Primaria 2001; 27: 79-85.
37. Arraras JL, Illarramendi JJ, Valerdi JJ, Wright SJ: Truth-telling to the patient in advanced cancer: family information filtering and prospects for change. Psycho-oncology 1995; 4: 191-6.
38. Bermejo, F. Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos. Estudio poblacional en tres barrios de Madrid. Madrid. Fundación Caja de Madrid. 1993.
39. Demographic Statistic Yearbook. New York. 1992. En: Carvajal López. La Atención Odontológica Integral del Paciente de Edad Avanzada. Demografía y Sociología del Envejecimiento. Madrid. 1996: 17-20 y 26.

40. Boletín Epidemiológico de CLM. Volumen XVII, nº 5. Mayo. 2005: 20. Mortalidad en Castilla-La Mancha. Trienio 2000-2002. (II).
41. Hamerman D. Toward and understanding of frailty. *Ann Intern Med.* 1999; 130: 945-50.
42. Ferrucci L; Guralnick J, Carazzini C, Bandinelli S: The frailty syndrome a critical issue in geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003; 46: 127-37.
43. Rockwood K, Hogan Db, Mcknight C. Conceptuisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs Aging*; 2000; 17: 295-302.
44. Ferucci L, Guralnick M, Studenski S: The Intervention on Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed of preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Ann Geriatr Soc* 2004; 52: 625-34.
45. Bortz WM: A Conceptual francwork of frailty: a review. *J Gerontol Med Soc* 2002; 57: 283-8.
46. Rockwood K: What would make a definition of frailty successful?. *Age Aging* 2005; 34: 432-4.
47. Hogan DF, Macknight C, Bergman H: Canadian Initiative on Frailty and Aging. Models, definitions, and criterio of frailty. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15. 1-29.
48. López Sierra, A. Clasificación de los ancianos. El anciano frágil y el paciente geriátrico. Capítulo 3. Actualización en Geriátria y Gerontología (I). Jaén. 5ª Edición Alcalá. 2006: 101.
49. Jemal A, Murray T, Ward W. Cancer Statistics, 2005. CA: Cancer J Clin 2005; 55: 10.
50. Solidaridad en CLM: Perfil del Anciano Usuario de Viviendas. Revista de la Consejería de Bienestar Social. Nº 20. Septiembre. 2005: 23.
51. Durá Tortosa, Mª. A; Marco Garballo. JL Puerta Sanz; C: Perfil del estado nutricional del anciano institucionalizado. *Geriatrka.* 1990; 6: 466-70.
52. Luukinen H, Koski K, Laippala P, Kivela SL. Risk factors for recurrent falls in the elderly in long-term institucional care. *Public Health* 1995; 109: 57-65.
53. Wenger NS, Shekelle PG, the ACOVE investigators: Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. *Ann Intern Med* 2001; 135: 642-6.
54. Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter I: Guidelines for the prevention of falls in people over 65. *Br Med J* 2000; 321: 1007-11.
55. Montebugnoli L, Servidio D, Milaton RA, Prati C; Tricoci P, Melloni C. Poor oral he allth is a associated with coronary heart disease and elevated systemic inflammatory and haemostatic factors. *J Clin Periodontol* 2004; 31: 25-9.
56. Wals AW, Steele JG: The relationship between oral healt and nutrition in older people. *Mech Ageing Dev* 2004, 125. 853-7.
57. Dodds MW, Jonson DA; Yeh CK: Health benefits of salim: a review. *J Dent* 2005; 33: 223-33.
58. Dennessen P, Van der Ven A, Vlasvald M: Inadequate salivary flor and poor oral mucosae status in intubated intensive care unit patients. *Crit Care Med* 2003; 31: 781-6.
59. Castilla Guerra, L. Fernández Moreno, Mª C, Martín Pérez, E: Envejecimiento Saludable. En: Cervera Díaz. Eds. Actualización en Geriátria y Gerontología (I). Jaén. Editorial Formación Alcalá. 2006: 167.
60. Diario Médico. 28 de Noviembre. 2005: 11.
61. Revista El Médico. Sección Noticias. Nº 956. Septiembre 2005: 16.
62. “Dar más vida a los años”. Revista de Información de la Junta de Comunidades de

- Castilla-La Mancha. Nº 194. Toledo. Enero. 2007. Págs. 16 y 20.
63. Hernández Rodríguez, G. Los ancianos dependientes. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias: su impacto y repercusión en las familias y en la sociedad. En: La familia en la sociedad del siglo XXI. Madrid: FAD; 2004. Págs: 161-74.
 64. La Atención a las Personas Mayores en España. Atención en CLM. Libro Blanco Capítulo 8º. Consejería de Servicios Sociales. Toledo. 2006: 623-24.
 65. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Normativa interna de los residentes. Grupo de Calidad. Octubre. 2004: 8-9.
 66. La Constitución Española. Textos Legales. Madrid. BOE. 2ª Edición. 1979. Capítulo III. Art. 50.
 67. Projecting OECD Health long term care expenditures: What are the main drivers. Economics Departments Working papers 477. 2006 (5).
 68. Boletín Oficial del Estado (BOE 24/05/05).
 69. Pedrero, E: La calidad de vida y las personas mayores. Monografía presentada a los Seminarios de Psicogerontología. Tiempo. Portal de la Psicogerontología 2002: 10.
 70. Aizpiaz M, Cruz A, Villagrasa JR: Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. Aten Primaria 2003; 31: 285-92.
 71. Guillen, F: Cuestionarios de Calidad de Vida. Rev Esp Geriatr Gerontol 1990; 46-49.
 72. Organización Mundial de la Salud (OMS) 1991.
 73. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Quality of life measures in hearth care. I: Aplicaciones and issues in assessment. Br Med J. 1992; 305: 1074-1077.
 74. Gil Valle, L: Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de El Bierzo (León). Percepción de calidad de vida en ancianos que demandan consulta en un Centro de Atención Primaria. Rev Salud Rural XXIII; 2006: 53-64.
 75. Lin N, Ensel WM. Life stress and health: stressors and resources. Am Sociol Rev 1989, 54: 382-99.
 76. Cava-Gonzalo Musitu, M. J: Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Area de Psicología Social. Facultad de Psicología. Rev Mult Gerontol (Valencia). 2000; 10: 215-221.
 77. Viviales Pérez, J. M. Garre Contreras, A. Ribera Casado, J. M: Servicio de Geriatria. Univ Complutense Madrid. Octubre. 2005. Artículo en Página web: www.medifusion.com.
 78. Honorato Pérez, J. Pérez-Cajaraville, J: Plan maestro en abordaje integral del dolor. Módulo 1. El dolor en el anciano. Madrid. Eds. Clínica Universitaria de Navarra. 2006: 288-290, 292 y 294.
 79. Gil Gregorio, P: Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatria. Depresión y Ansiedad. Rev SEGG. 2004:11-13.
 80. Hernández-Monsalve, N. Depresión en mayores de 65 años; población geriatrizada. ¿Existe la depresión farmacógena?. Rev Salud Rural XXIV; 2007: 72-73.
 81. Montón. C, Pérez Echevarría, M. J. Campos, R. García, J. Lobo, A: Guía de entrevista eficaz para detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12: 345-9.
 82. Consejo de Europa. Recomendación nº 98 (9) relativa a la dependencia adoptada el 18/9/1998. En: Masanés Torán, F. Sacarella Meseguer, E. Navarro López, M.

- López Soto, A. Rev Jano. Febrero. 2007. 1638: 20.
83. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Madrid: INE; 2000.
 84. Abellán, A. La discapacidad en España. Rev Mult Gerontol 2001; 11: 35-7.
 85. Pérez Cárceles MD, Rubio Martínez L; Pereñíguez Barranco JE: Detección de fragilidad en Atención Primaria: situación funcional en población mayor de 65 años demandante de atención sanitaria. Rev Esp Geriatria y Gerontología. 2006, 41 (Supl.1): 7-14.
 86. Solera Albero, J. Mapa de Incidencia del cáncer colorrectal en Albacete. Influencia de la dieta y estilos de vida. Tesis Doctoral. Univ Autónoma de Madrid. 2004: 109, 112 y 113.
 87. Padrón Municipal. Albacete. 2004.
 88. Delegación Provincial de Servicios Sociales. Albacete. 2005.
 89. Kaiser FE. Sexuality in the elderly. Geriatric Urol. 1996. 23: 99-107.
 90. Steinke EE: Sexuality in aging: implications for nursing facility staff. Continuing Educ Nursing. 1997. 28: 59-63.
 91. Schiavi RC, Rehman J: Sexuality and aging. Impotente. 1995. 22: 711-725.
 92. Dello M. Sexual feelings and sexual life in and Italian sample of 335 elderly 65 to 106 year olds. Arch Gerontol Geriatrics. 1998. Suppl 6: 155-162.
 93. Rojas Ocaña, M^a J; Toronjo Gómez, A; Rodríguez Ponce, C; Rodríguez Rodríguez, JB: Autonomía y estado de salud en ancianos institucionalizados. Madrid. Gerokomos.17. nº1. Marzo. 2006.
 94. Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1992.
 95. Martínez M F, García M, Mendoza I. Estructura y características de los recursos naturales de apoyo social en los mayores andaluces. Intervención Psicosocial 1995; 4. 47-63.
 96. Gutiérrez Rodríguez J, Galeano R, Reig C, Solano JJ. Deterioro funcional relacionado con la hospitalización en el anciano. MAPFRE Medicina 1996; 7: 275-82.
 97. Ruiz Medina P. Evaluación de la capacidad funcional para la higiene oral en un grupo de mayores institucionalizados. Tesis doctoral. Universidad de Granada, 2003.
 98. Rodríguez Baciero G, Goiriena de Gandarias FJ, Mallo Pérez L: Prótesis estomatológica. En: Rodríguez Baciero G. (eds). La salud bucodental de los ancianos institucionalizados en España. Bilbao. Eguía ed. 1998: 163-226.
 99. Frame P S: Preventive care for elderly: getting by in the absence of evidence. Am Fam Physician 1999; 59: 1747-1750.
 100. Mouton C P, Espino DV: Health screening in older women. Am Fam Physician 1999; 59: 1835-1842.
 101. Goldberg TH, Chavin S I: Preventive medicine and screening in older adults. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 344-354.
 102. Zazove F, Mehr DR, Ruffin IV: A criterion-based review of preventive health care in the elderly. Part 2. A geriatric health maintenance program. J Fam Pract 1992; 34: 320-347.
 103. The demography of population ageing. Technical meeting on population ageing and living arrangements of older persons: critical issues and policy responses. Population Division. Departament of Economic and Social Affairs. Nueva York: United Nations Secretariat, 2000.
 104. Close J. Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of falls

- in the elderly trial (PROFET): a randomized controlled trial. *Lancet* 1999; 353: 93-97.
105. Gradner MM, Robertson MC, Campbell AJ: *Br J Sports Med* 2000; 34: 7-17.
 106. Lázaro del Nogal M: *Indicadores sanitarios*. Madrid: Geriatria XXI, Editores Médicos, 2000.
 107. Bueno A, Padilla F, Peinado C, Espigares M, Gálvez R: Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 10-15.
 108. Luna Garrido, J. Inestabilidad y caídas. Síndromes geriátricos. En: Hortonedo Blanco, E. Madrid. Sociedad Española de Médicos de Residencias. 2006: 74-75.
 109. Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martín ML, Buesching DP: Quality of life of person with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology* 1996, 47: 67-72.
 110. Sánchez R, Rupérez O, Delgado MA, Mateo R, Hernando MA: Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1999, 24: 421-424.
 111. Verdejo C. Incontinencia urinaria: ¿Qué hacer cuando se presenta?. *Jano* 1998; 1279: 41-46.
 112. Lobo F, Bonache J, Cerviño J, López Pina JM, Rodríguez Monguió R: Incontinencia urinaria. En: Hortonedo Blanco, E, (eds). *Univ CIII*. Madrid. 2006: 79.
 113. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recomendaciones sobre la demencia. Barcelona: SemFYC, 1999.
 114. Saz P, Launer LJ, Dia JL, De la Camara C, Marcos G, Lobo A: Mortality and mental disorders in a spanish elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 1031-38.
 115. Jagger C, Andersen K, Breteler MM. et al : Prognosis with demencia in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000; 54: 16-20.
 116. Toseland RW, O'Donnell JC, Engelhardt JB, Hendler SA, Richie JT, Jue D. Outpatient geriatric evaluation and management Result of a randomized trial. *Med Care* 1996; 34: 624-640.
 117. Pathy MSJ, Bayer A, Harding K, Dibble A: Randomized trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet* 1992; 340: 890-893.
 118. Stuck A, Aronow H, Steiner A. et al: A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessment for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995; 333: 1184-1189.
 119. Carpenter GI, Demopoulos GR: Screening the elderly in the community: controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. *Br Med J* 1990; 300: 1253-1256.
 120. Stuck AE, Minder CE, Peter West I et al: A randomized trail of in-home visits for disability prevention in community-deweelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Inter Med* 2000; 160: 977-986.
 121. Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, Graney MJ. Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes. *J Am Geriat Soc* 2000; 48: 8-13.
 122. Reuben DB, Frank JC, Hirsch SH, McGuigan KA, Maly RC: A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 269-276.